उत्तर प्रदेश में सब के लिए स्वास्थ्य :

नई सदी की चुनौतियाँ

जन स्वास्थ्य सभा
उत्तर प्रदेश

प्रथम संस्करण : 7 अप्रैल, 2001

इस पुस्तिका में प्रस्तुत
सभी जानकारियों को
स्वतंत्र रूप से
प्रयोग किया जा सकता है।
स्त्रोत का उल्लेख करने से
हमें खुशी होगी।

सम्पादक मण्डल :
अभिजीत दास, कृति संदर्भ केन्द्र, लखनऊ
रमाकान्त राय, हेल्थवॉच, उ0प्र0–बिहार, लखनऊ
के.बी.सिंह, ज्ञान विज्ञान समिति, उ0प्र0, लखनऊ
के.एन.मौर्या, यू.पी.वी.एच.ए., लखनऊ
चरन सिंह वर्मा, ज्ञान विज्ञान समिति, उ0प्र0, लखनऊ
विनोद कुमार, यू.पी.वी.एच.ए., लखनऊ
वी. आर. रामन, ज्ञान विज्ञान समिति, उ0प्र0, लखनऊ

टंकण व पेजसेटिंग :
रवि, कृति संदर्भ केन्द्र, लखनऊ

चित्रांकन :
जगमोहन "जय" पवार, ज्ञान विज्ञान समिति, उ0प्र0, लखनऊ
गणेश डे, कृति संदर्भ केन्द्र, लखनऊ

मुद्रण :
क्रियेटिव प्रिन्टर्स, लक्ष्मणपुरी, इन्दिरा नगर, लखनऊ

प्रकाशक :
जन स्वास्थ्य अभियान, उ0प्र0
सचिवालय : ज्ञान विज्ञान समिति, उ0प्र0,
बी. 8, ब्रह्मपुरी, लक्ष्मणपुरी,
इन्दिरा नगर, लखनऊ – 22601[illegible]
[illegible]न : 0522-[illegible]617
ई–मेल : ra[illegible]

नई सदी की चुनौतियाँ

जन स्वास्थ्य अभियान
उत्तर प्रदेश

प्राक्कथन

जन स्वास्थ्य अभियान सम्पूर्ण भारत में जन स्वास्थ्य के क्षेत्र में कार्यरत हजारों जन संगठनों का साझा राष्ट्रीय मंच है, जो विश्व जन स्वास्थ्य सभा की प्रक्रिया के तहत कोलकाता में आयोजित राष्ट्रीय जन स्वास्थ्य सभा के दौरान बनाई गई थी। इस कार्यक्रम का प्रमुख उद्देश्य जन स्वास्थ्य सभा द्वारा पारित चार्टर के क्रियान्वयन के लिए विभिन्न प्रकार की गतिविधियां, करना है।

इस अभियान से जुड़े सभी संगठन विश्व स्वास्थ्य दिवस के अवसर पर पूरे भारत में स्वास्थ्य अधिकार दिवस मनाने की तैयारी कर रहे हैं। इस कार्यक्रम का आयोजन 'सबके लिए स्वास्थ्य' के लक्ष्य को प्राप्त करने के रास्ते में सरकार और समुदाय के सम्मुख आने वाली बाधाओं को पहचानने के उद्देश्य से किया गया है। इस संदर्भ में भारत के 400 जिलों में परिचर्चा सत्र आयोजित करने का प्रस्ताव है जिनमें स्वास्थ्य और उससे संबंधित क्षेत्रों की कमियों को उजागर किया जायेगा। इन सत्रों में संबंधित क्षेत्र में स्वास्थ्य स्तर की जानकारी, प्रमुख चुनौतियां, विकास कार्यक्रमों में जन भागीदारी की आवश्यकता तथा विभिन्न समस्याओं के हल के लिए प्रतिभागियों से महत्वपूर्ण सुझाव प्राप्त होने की आशा है। इस कार्यक्रम के अन्तर्गत उत्तर प्रदेश के 28 जिलों में सत्र आयोजित करने का प्रस्ताव है। उत्तर प्रदेश में स्वास्थ्य के स्तर तथा 'सबके लिये स्वास्थ्य' के रास्ते में आड़े आने वाली चुनौतियों को एक दस्तावेज के माध्यम से रेखांकित करने का प्रयास किया गया है। यह पुस्तक इन प्रयासों का परिणाम है।

यह दस्तावेज सरकार व विभिन्न संगठनों द्वारा तैयार अध्ययनों पर आधारित है जिसमें उत्तर प्रदेश की स्वास्थ्य की स्थिति को रेखांकित करने के साथ–साथ स्वास्थ्य की समग्र तस्वीर प्रस्तुत करने के लिहाज से चिकित्सा क्षेत्र के साथ ही मानव विकास के संबंधित क्षेत्रों को भी शामिल किया गया है। दस्तावेज में सांख्यिकीय आंकड़ों को प्रस्तुत तो किया ही है लेकिन भिन्न–भिन्न दृष्टिकोण से स्थिति का विवेचन करने में ज्यादा जोर दिया गया है ताकि चुनौतियों को स्पष्ट रूप से समझा जा सके। इस दस्तावेज में शिशु स्वास्थ्य, महिला स्वास्थ्य, वंचित तबकों का स्वास्थ्य, अपंगता, दुर्घटना और स्वास्थ्य, संक्रामक रोग, स्वास्थ्य प्रणालियां, स्वास्थ्य सेवायें तथा मूलभूत सेवायें आदि विषय सम्मिलित है।

इस पुस्तक को बहुत जल्दी में तैयार किया गया है अतः इसमें अद्यतन आंकड़ों का प्रयोग नहीं किया जा सका है पर इस कमी के वावजूद यह प्रदेश की स्वास्थ्य स्थिति और समस्याओं को समझने में आपके लिए निदर्शिका का काम कर सकेगी. ऐसा हमारा विश्वास है। वर्तमान जनसंख्या आंकड़ों के विस्तृत विश्लेषण के बाद इसका परिवर्तित संस्करण निकालने का प्रयास किया जायगा।

विषय-सूची

जन स्वास्थ्य अभियान – एक परिचय

पृष्ठभूमि

चिकित्सा विज्ञान में असाधारण प्रगति और औसत आयु में वृद्धि के बावजूद आज दुनिया में स्वास्थ्य का संकट तेजी से बढ़ रहा है जो देशों के भीतर तथा विभिन्न देशों के बीच जनता के स्वास्थ्य स्तर में असमानता के रूप में दिखाई दे रहा है। बढ़ती गरीबी और एच.आई.वी आदि के संक्रामक रूप में फैलने के कारण स्वास्थ्य के क्षेत्र में पहले प्राप्त उपलब्धियां निरर्थक सिद्ध हो रही हैं। दक्षिण एशिया, अफ्रीका, लैटिन अमेरिका तथा केन्द्रीय और पूर्वी यूरोप में जातीय और लिंग की विभिन्नताओं के कारण जनसंख्या के गरीब तबकों में बीमारी और मौत बढ़ रही है तथा परम्परागत ज्ञान और स्वास्थ्य प्राप्त करने की सामाजिक व्यवस्थायें नष्ट हो रही हैं। इन सभी परिवर्तनों के पीछे विश्व अर्थव्यवस्था की विसंगतियां, ढांचागत समायोजन नीतियां, दक्षिण और उत्तर के बीच असमान व्यापार आदि के कारण दक्षिणी देशों की बढ़ती गरीबी और कर्जदारी आदि प्रमुख हैं। इन देशों की सरकारों के विभिन्न विभागों और क्षेत्रों के बीच समन्वय की कमी तथा स्वास्थ्य के क्षेत्र में प्राथमिक स्वास्थ्य को वर्चस्व न प्रदान करना भी पूरी दुनिया के स्तर पर बढ़ती बीमारियों और मौतों का कारण है।

सरकारी नीतियों में राष्ट्रीय स्वास्थ्य और दवा नीतियों को सामाजिक कल्याण के रूप में अब स्वीकार नहीं किया जाता है तथा स्वास्थ्य समस्याओं के समाधान में सभी क्षेत्रों के बीच समन्वय का अभाव है। स्वास्थ्य समस्याओं के समाधान में समुदाय की सहभागिता सुनिश्चित न करने, स्वास्थ्य रक्षा के सभी स्तरों पर सरकारों द्वारा अपनी जिम्मेदारियों से पीछे हटने और स्वास्थ्य सेवाओं के निजीकरण से हालात और बिगडे हैं। यह एक विडंबना है कि स्वास्थ्य को समग्रता से देखने के बजाय आज एक बड़े संकुचित दृष्टिकोण से देखा जाता है और यह समझा जाता है कि ऊपर से तकनीक का प्रयोग कर इन समस्याओं को हल कर लिया जायेगा।

विश्व जन स्वास्थ्य सभा, ढ़ाका

इस स्थिति में दुनिया में स्वास्थ्य के क्षेत्र में काम करने वाले अनेक स्वास्थ्य संगठनों ने एक साथ आकर जन स्वास्थ्य सभा की स्थापना की। इसका उद्देश्य जन स्वास्थ्य, समता पर आधारित विकास और उसे स्थानीय, राष्ट्रीय तथा अन्तराष्ट्रीय स्तर पर सर्वोच्च प्राथमिकता तथा प्राथमिक स्वास्थ्य रक्षा को उसका उचित स्थान दिलाने के लिए संघर्ष करना है। ढाका में आयोजित विश्व स्वास्थ्य सभा इस दिशा में एक बड़ी

सफलता रही। इसमें 98 देशों के 2000 प्रतिनिधियों ने भाग लिया तथा विभिन्न मुद्दों पर समग्र दृष्टिकोण से विचार किया। राष्ट्रीय प्राथमिकताओं तथा विश्व आर्थिक व्यवस्था में परिवर्तनों के परिप्रेक्ष्य में स्वास्थ्य समस्याओं पर गंभीरता से विचार किया गया। विश्व स्वास्थ्य सभा ने जनसंगठनों का ध्यान स्वास्थ्य समस्याओं के दीर्घकालीन हल के लिए आकर्षित करने में सफलता प्राप्त की।

राष्ट्रीय जन स्वास्थ्य सभा, कोलकाता

इसी कड़ी में भारत में भी अनेक गतिविधियां आयोजित की गई थी। यहां यह गतिविधि ऐतिहासिक रूप से सामने आई क्योंकि अनेक स्वयंसेवी संगठनों तथा जन संगठनों ने जन स्वास्थ्य पर पड़ने वाले दुष्प्रभावों पर विस्तार से जनता का ध्यान खींचा। स्वास्थ्य नीति तथा 'सबके लिये स्वास्थ्य, अभी' के नारे पर जनता की चेतना जगाने का अलग–अलग प्रयास किया गया। कोलकाता में आयोजित राष्ट्रीय स्वास्थ्य सभा ने अनेक मुद्दों पर गंभीरता पूर्वक विचार किया व उसके आधार पर एक व्यापक जन स्वास्थ्य मांगपत्र की घोषणा की गयी । इनमें ढांचागत समायोजन और वैश्वीकरण के कारण जनता के स्वास्थ्य में बदहाली, स्वास्थ्य रक्षा का विकेन्द्रीकरण और लोकतंत्रीकरण, स्वास्थ्य योजना और स्वास्थ्य रक्षा में समुदाय की भूमिका, सभी नागरिकों की मूल आवश्यकताओं की पूर्ति, स्वास्थ्य सेवाओं के अनावश्यक और अनैतिक व्यापारीकरण, आदि पर ध्यान आकर्षित किया। नवम्बर 2000 में आयोजित इस सम्मेलन में देश भर के लगभग 2000 प्रतिनिधियों ने भाग लिया जो स्वास्थ्य तथा संबंधित क्षेत्रों में कार्यरत थे।

कोलकाता सभा के पूर्व गतिविधियां

इन गतिविधियों में देश के 21 राज्यों के 400 जिलों के 2000 विकास खंडों के 20000 गांवों में अभियान चलाया गया। राष्ट्र, राज्य, जिला और विकास खंड स्तर पर रणनीति बनाने के बाद सभी स्तरों पर जन सुनवाइयाँ, सेमिनारों, बैठकों, रैलियों आदि के माध्यम से जन जागरण किया गया तथा स्वास्थ्य नीतियों पर बहस चलाई गई।

सदस्य संगठन

इस कार्यक्रम का प्रारम्भ आल इंडिया पीपुल्स साइंस नेटवर्क(ए.आई.पी.एस.एन) तथा भारत ज्ञान विज्ञान समिति(बी.जी.वी.एस) द्वारा किया गया था। ए.आई.पी.एस.एन के नेटवर्क में लगभग 40 संगठन जुड़े हैं जो राज्य स्तर पर विज्ञान प्रचार अथवा विकास में जन सहभागिता सुनिश्चित करने से जुड़े रहे हैं, इन केरल शास्त्र साहित्य परिषद का प्रमुख स्थान है। स्वास्थ्य बेहतरी के लिए चलाये इस अभियान में जुड़े संगठनों में

वालन्टरी हेल्थ असोसियेशन का विशिष्ट स्थान है जिसमें लगभग 2000 जमीनी संगठन जुड़े हैं जो स्वास्थ्य नीतियों तथा स्वास्थ्य कार्यक्रमों में समुदाय की सहभागिता के लिए कार्यरत है। इसी प्रकार इस अभियान में नेशनल एलायंस आफ पीपुल्स मूवमेंट्स भी शामिल है। इस गठबंधन में लगभग 200 संगठन शामिल हैं जिनमें नर्मदा बचाओ आन्दोलन, नेशनल फिश वर्कर्स फोरम, समाजवादी जन परिषद तथा सर्व सेवा संघ के नाम विशेष उल्लेखनीय हैं। हजारों अस्पतालों और डिस्पेंसरियों का संचालन करने वाले कैथोलिक हेल्थ असोसियेशन आफ इंडिया तथा क्रिश्चियन मेडिकल असोसियेशन आफ इंडिया भी कार्यकम का अंग है।

इस अभियान में पिछले दो दशकों से उचित दवा नीति पर अभियान चलाने वाला आल इंडिया ड्रग एक्शन नेटवर्क, पूरे एशियाई क्षेत्र में स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं को प्रशिक्षित करने वाली स्वयंसेवी संस्था एशियन कम्युनिटी हेल्थ एक्शन नेटवर्क, बेहतर स्वास्थ्य नीतियों के लिए सरकारों और अन्तर्राष्ट्रीय संस्थाओं के बीच समन्वयक की भूमिका निभाने वाला संदर्भ केन्द्र कम्युनिटी हेल्थ सेल, शिशु स्वास्थ्य के क्षेत्र में कार्य करने वाले लगभग 100 संगठनों का संजाल फोरम फार चाइल्ड केयर एन्ड क्रीचेज(फोर्सेस), दिल्ली जवाहर लाल नेहरू विश्वविद्यालय का सेंटर आफ पापुलेशन स्टडीज, स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं, विशेषज्ञों और समाज वैज्ञानिकों का संगठन मेडिको फ्रेन्ड सर्किल, अनेक अस्प्रतालों और समाजसेवी संस्थानों के माध्यम से सेवारत रामकृष्भण मिशन, दवा नीतियों पर वैश्वीकरण के दुष्प्रभावों पर ध्यान आकर्षित करने वाला फेडरेशन आफ मेडिकल रिप्रेजेन्टेटिवस असोसियेशन आफ इंडिया, तथा देश के प्रमुख महिला संगठनों में से आल इंडिया डेमोक्रेटिक वूमेन्स एसोसियेशन, नेशनल फेडरेशन आफ इंडियन वूमेन, ज्वाइन्ट वूमेन्स प्रोग्राम तथा नेशनल असोसियेशन आफ वूमेन्स आर्गेनाइजेशन्स आदि संगठन सम्मिलित है।

उत्तर प्रदेश में जन स्वास्थ्य सभा व जन स्वास्थ्य अभियान

उत्तर प्रदेश में विभिन्न संगठनों के सहयोग से जन स्वास्थ्य सभा के पहले 31 जिलों में व्यापक कार्यक्रम चलाया गया। जन स्वास्थ्य सभा की उ0प्र0 में शुरूआत 7 से 10 अप्रैल, 2000 को हैदराबाद में आयोजित राष्ट्रीय कार्यशाला में भाग लेने से हुई जिस में तीन साथियों ने भाग लिए था। तत्पश्चात ज्ञान विज्ञान समिति उ0प्र0 ने जनता के स्वास्थ्य से संबंध रखने वाले विभिन्न संगठनों/संस्थाओं, व्यक्तियों से सम्पर्क/ संवाद आरम्भ किया। इसके फलस्वरूप 17 जून 2000 को इस अभियान के मुद्दों पर चर्चा करने हेतु एक बैठक लखनऊ में आयोजित की गई जिसमें राज्य संयोजन समिति की स्थापना के बाद विभिन्न संगठनों के सहयोग से कार्यनीति तैयार की गई।

इसके पश्चात प्रदेश में क्षेत्रीय कार्यशालाओं का आयोजन किया गया जिनमें जिला संयोजन समितियों की स्थापना कर जिलों में कार्यक्रमों हेतु व्यापक रूपरेखा तैयार की गई। जिला स्तर पर चलाई गई गतिविधियों में गांवों के स्तर पर ढांचागत सुविधाओं का सर्वेक्षण, जन सुनवाई, जनता द्वारा स्वास्थ्य सेवाओं का निरीक्षण, नीतियों तथा भविष्य की योजनाओं पर जनसभायें, जागरूकता अभियान, जन स्वास्थ्य के स्तर और चुनौतियों पर विभिन्न विकास खंडों में सेमिनार, जनता की आवश्यकताओं की पहचान तथा जिला कन्वेंशनों का आयोजन आदि शामिल है। इन गतिविधियों के अतिरिक्त राष्ट्रीय स्तर पर तैयार 5 पुस्तकों के हिन्दी संस्करणों का प्रकाशन भी किया गया। लखनऊ में नवम्बर 2000 में इन गतिविधियों का समापन राज्य स्तरीय जन स्वास्थ्य सभा में हुआ।

राज्य कार्यशाला

जन स्वास्थ्य सभा उ0प्र0 की राज्य स्तरीय कार्यशाला लखनऊ में 19–20 अगस्त 2000 को आयोजित की गई। इसमें विभिन्न जिलों/संगठनों से 60 साथियों ने भाग लिया। कार्यशाला में स्वास्थ्य से जुड़े विभिन्न मुद्दों पर चर्चा की गई। कार्यशाला में जिला–ब्लॉक–पंचायतों तक जन स्वास्थ्य गतिविधियाँ आयोजित करने हेतु 6 क्षेत्र चुने गये।

क्षेत्रीय कार्यशालायें

19–20 अगस्त की राज्य स्तरीय कार्यशाला में बनायी गयी योजना के अनुरूप प्रदेश में 6 क्षेत्रीय कार्यशालाओं का आयोजन किया गया। इन कार्यशालाओं का आयोजन स्थानीय स्तर पर जनता व जन संगठनों के सहयोग से किया गया। इन कार्यशालाओं में जिला स्तरीय गतिविधियों की रूपरेखा तैयार की गयी।

जिला स्तर पर गतिविधियाँ

क्षेत्रीय कार्यशालाओं के पश्चात जिला स्तर पर विभिन्न संगठनों के साथ स्वास्थ्य मुद्दों पर की जाने वाली गतिविधियों के बारे में संवाद किया गया। जिला बैठकें आयोजित की गयी। तत्पश्चात कुशीनगर, सुल्तानपुर, अलीगढ़, मेरठ, सीतापुर, चमोली, मेरठ, अल्मोड़ा, मुरादाबाद तथा पौढ़ी में जिला स्तरीय कार्यशालाओं का आयोजन किया गया। इनका आयोजन भी स्थानीय स्तर पर जनता के सहयोग/संसाधनों से किया गया। इन कार्यशालाओं में मुख्य रूप से पंचायत स्तरीय जन सुनवाईयों व ब्लॉक/जिला स्वास्थ्य सभाओं के आयोजन की रणनीति बनाई गई।

पंचायत/ ब्लॉक स्तरीय जन सुनवाइयां

जिला कार्यशालाओं के पश्चात ब्लॉक व पंचायत स्तरीय जन सुनवाई गतिविधियों का आयोजन किया गया। इन जन सुनवाइयों का उद्देश्य था जनता की स्वास्थ्य, कुपोषण संबंधी तकलीफों के बारे में समाज की राय जानना तथा सरकारी–गैर सरकारी स्वास्थ्य सुविधाओं व डॉक्टरों की निजी प्रैक्टिस आदि के बारे में जनता की सोच का पता लगाना। इस कार्यक्रम के दौरान पिछले 10 वर्षों में जो स्वास्थ्य नीतियाँ बनीं उनसे जनता पर पड़े प्रभाव, तथा कुप्रभाव का विश्लेषण जनता की आवाज में करने का मौका मिला। हालांकि बहुत सीमित संख्या में इन जन सुनवाइयों का आयोजन हो पाया, लेकिन इनसे जो तस्वीर उभरी उससे अन्दाजा लगाया जा सकता है कि स्वास्थ्य नीतियाँ कितनी जन विरोधी हैं। यहाँ चिकित्सा एक सेवा न होकर बाजार बनता जा रहा है और इस बाजार में जिसके पास धन होगा वह अपना इलाज करा पायेगा, बाकी लोग या तो तड़पेंगे या घिसटते–घिसटते जियेंगे।

- सरकारी स्वास्थ्य सुविधाओं के प्रति जनता का मोहभंग हुआ है। लोग सुविधा लेने जाते जरूर हैं लेकिन, वहाँ डॉक्टरों व साधनों के पर्याप्त न होने से ठीक से इलाज संभव नहीं।
- डॉक्टरों के व्यवहार पर जनता में बहुत रोष दिखायी दिया, सरकारी अस्पतालों में इलाज के नाम पर लूट–खसोट की बातें आम हो रही हैं, ऐसा लोगों का कहना था। कई सारे उदाहरण भी लोगों ने सामने रखे।
- निजी अस्पतालों के बारे में लोगों का कहना है कि पिछले कुछ वर्षों से बीमारी ठीक करने के नाम पर बहुत सारी जाँचें कराई जाने लगी हैं। दवाइयों में होने वाले खर्च की अपेक्षा जाँचों में बहुत पैसा खर्च हो रहा है।
- निजी अस्पतालों में वही लोग जाते हैं जिनके पास पैसा है बाकी लोग मजबूरी वश सम्पदा बेचकर इलाज कराते हैं, अधिकांश तो बिना इलाज के ही जीते /मरते हैं।
- उ0प्र0 में कुछ माह पूर्व सरकारी अस्पतालों के शुल्कों में की गयी भारी बढ़ोत्तरी की वजह से सरकारी अस्पतालों में पूर्व की अपेक्षा मरीजों की संख्या में भारी कमी आई है(कई अस्पतालों के डॉक्टरों से बातचीत के आधार पर)।
- ब्लॉक स्तर पर महिला डॉक्टरों की कमी अधिकांश ब्लॉकों में देखने को मिली।

जन सुनवाइयों के दौरान सबसे ज्यादा चर्चा डॉक्टरों के विषय में हुई चाहे वे सरकारी हों या गैर सरकारी इनमें मानवता, संवेदना का बहुत ह्रास हुआ है। विशुद्ध रूप से

चिकित्सा सेवा मुनाफा कमाने का औजार बनती जा रही हैं। कई जगहों पर लोगों में इस बात को लेकर आक्रोश है। लेकिन मिलकर क्या किया जाय? ऐसी पहल की कोशिशें नहीं हो पा रही हैं। जन स्वास्थ्य सभा ने लोगों को गलत स्वास्थ्य नीतियों व डॉक्टरों की अमानवीयता के विरूद्ध एकजुट होने का मौका दिया।

जिला जन स्वास्थ्य सभाएं

कई जिलों में पंचायत स्तरीय जन सुनवाईयों के आयोजन के बाद ब्लॉक स्तरीय जन सुनवाइयों का आयोजन किया गया। बहुत सारी परेशानियों व समय के अभाव होते हुए भी जिला स्तरीय जन स्वास्थ्य सभायें सुल्तानपुर, चमोली, सीतापुर, अल्मोड़ा तथा कुशीनगर में आयोजित की गयी।

राज्य जन स्वास्थ्य सभा, लखनऊ

नवंबर 25.26 2000 को लखनऊ में आयोजित इस कार्यक्रम में विभिन्न जनपदों से 130 प्रतिनिधियों ने भाग लिया! स्वास्थ्य से जुडे मुद्दों, नीतियों का विश्लेषण करने के बाद सभा ने भविष्य में हस्तक्षेप के क्षेत्रों का पता लगाया और कार्यवाही की रूपरेखा प्रस्तुत की।

नवम्बर–दिसम्बर 2000 में कोलकाता में आयोजित राष्ट्रीय स्वास्थ्य सभा में प्रदेश के 90 प्रतिनिधियों ने भाग लिया तथा ढाका में आयोजित विश्व स्वास्थ्य सभा में प्रदेश के 6 प्रतिनिधि उपस्थित थे। इस समय प्रदेश में जन स्वास्थ्य अभियान जारी है। प्रदेश के विभाजन और उत्तरांचल के गठन के बाद देहरादून में इस राज्य के लिए एक संयोजन समिति का गठन भी किया गया है।

राज्य समन्वयन समिति

उत्तर प्रदेश की राज्य समन्वयन समिति की अध्यक्षता पद्म विभूषण कैप्टन लक्ष्मी सहगल द्वारा की गई। आयोजन समिति में एफ. एम. आर. ए. आई से श्री. आर.एस. बाजपेई (कार्यकारी अध्यक्ष), सी.डी. आर. आई से डा.एन.एस.राना(उपाध्यक्ष), यू.पी.वी. एच.ए. से डॉ. के. एन. मौर्या (उपाध्यक्ष), भारत ज्ञान विज्ञान समिति से श्री. वी.आर. रामन(महासंयोजक), सी.एच.ए.आई से सिस्टर कन्सीलिया(सहसंयोजक), तथा कार्यकारी समूह के सदस्य के रूप में हेल्थवाच से डॉ. अभिजीत दास व डॉ. आर.के.राय, यू.पी. वी.एच.ए से श्री विनोद कुमार सिंह, ज्ञान विज्ञान समिति से श्री नासिरुद्दीन हैदर खान, श्री के.बी.सिंह, डा.सी.एस.वर्मा, तथा श्री संजय सिन्हा शामिल हैं। राष्ट्रीय संयोजन समिति में राज्य का प्रतिनिधित्व महासंयोजक एवं श्री राकेश गैरोला द्वारा किया गया।

उ0प्र0 में जन स्वास्थ्य सभा और जन स्वास्थ्य अभियान के साथी संगठन
राज्य स्तर पर इस अभियान में प्रमुख रूप से ज्ञान विज्ञान समिति उत्तर प्रदेश एवं उत्तरांचल, उत्तर प्रदेश वालन्टरी हेल्थ असोसियेशन, उत्तर प्रदेश मेडिकल सर्विस रिप्रेजेन्टेटिव असोसियेशन, एन. ए. पी. एम से संबद्ध आशा, सी.एच.ए.आई से संबद्ध विभिन्न संगठन, फोर्सेस से संबद्ध उत्तर प्रदेश बाल कल्याण परिषद, हैल्थवॉच उत्तर प्रदेश, उत्तर प्रदेश जनवादी महिला समिति, उत्तर प्रदेश महिला फेडरेशन, मिल्ली फाऊंडेशन तथा वात्सल्य जैसे संगठनों द्वारा भाग लिया गया। इन संगठनों के अतिरिक्त पत्रकारों, चिकित्सा छात्रों एवं वैज्ञानिकों आदि का भी विभिन्न गतिविधियों में भागीदारी हो। जिला और स्थानीय स्तरों पर इस अभियान को और व्यापक बनाये जाने हेतु बहुत से स्थानीय संगठनों ने भी इसमें अपना योगदान दिया।

भागीदार जनपद

वर्तमान में यह कार्यक्रम 22 जिलों – कुशीनगर, देवरिया, गाजीपुर, सुल्तानपुर, रायबरेली, उन्नाव, कानपुर, हमीरपुर, जालौन, आगरा, अलीगढ़, मेरठ, मुजफ्फरनगर, सहारनपुर, बिजनौर, मुरादाबाद, रामपुर, बरेली, पीलीभीत, सीतापुर, बाराबंकी तथा लखनऊ में आयोजित किया गया, और भी जिलों में पहुँच बनी है, जहां तुरन्त ही कार्यक्रम शुरू होना है।

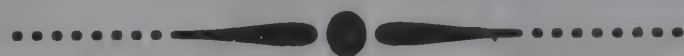
भावी योजनाएं

बांग्लादेश और कोलकाता की जन स्वांस्थ्य सभाओं में भाग लेने के पश्चात राज्य जन स्वास्थ्य अभियान आयोजन समिति ने तय किया कि –

- राज्य जन स्वास्थ्य सभा आयोजन समिति का नाम अब राज्य जनस्वास्थ्य अभियान समिति होगा। इसका कोई भी संगठन या व्यक्ति सदस्य हो सकता है जो कि जन स्वास्थ्य के क्षेत्र में काम करता हो व इस सामूहिक प्रयास में हिस्सेदारी निभा सक्ता हो।
- पूर्व में गठित सामान्य सभा बरकरार रहेगी तथा इसमें कुछ नये सदस्य जोड़े जायेंगे।
- अभियान समिति द्वारा एक त्रैमासिक बुलेटिन प्रकाशित किया जायेगा।
- 7 अप्रैल विश्व स्वास्थ्य दिवस के रूप में जिला स्तर पर मनाया जाएगा, इस अवसर पर उ0प्र0 की स्वास्थ्य स्थिति और जन स्वास्थ्य अभियान पर एक विशेष पुस्तिका प्रस्तुत की जायेगी।
- जन स्वास्थ्य सभा की प्रक्रिया के दौरान उत्पन्न उत्साह को जनस्वास्थ्य

अभियान के रूप में आगे बढ़ाया जाए।

- 21–22 अप्रैल 2001 को खैराबाद में आयोजित होने जा रही राज्य रणनीति कार्यशाला में अभियान का विस्तृत कार्ययोजना तैयार की जाएगी जिसके अनुरूप जन स्वास्थ्य अभियान को आगे बढ़ाया जायेगा।

भविष्य में इस अभियान को पूरे प्रदेश में फैलाने के लिए उन सभी जनोन्मुख संगठनों का सहयोग लेने की योजना बनाई गई है जो अब तक इस अभियान में किसी कारण शामिल नहीं हो सके हैं। राज्य संयोजन समिति के सदस्य संगठन अपने सभी कार्यक्रमों को चलाते रहने के साथ जन स्वास्थ्य अभियान में भी सहयोग देंगे। स्वास्थ्य तथा उससे संबंधित क्षेत्रों में जन भागीदारी को प्रोत्साहित करने के उद्देश्य से सरकारी नीतियों के अध्ययन, आलोचना और उनमें परिवर्तन हेतु साझा कार्यक्रम चलाने के प्रयास किये जा रहे हैं। इसके साथ–साथ स्वास्थ्य से जुडे विभिन्न क्षेत्रों में जन सहभागिता बढ़ाने हेतु कुछ संगठित प्रयास करने का भी विचार है।

उत्तर प्रदेश में जनसंख्या : एक झलक

उ0प्र0 को अंग्रेजी शासन काल में "संयुक्त प्रान्त" के नाम से जाना जाता था। 19 वीं शताब्दी में ब्रिटिश शासन का झुकाव बंगाल से पश्चिम उत्तर प्रदेश की ओर बढ़ने लगा था और 1836 मे " नार्थ वेस्ट प्राविन्स" (जिसमें दिल्ली और उ0प्र0 दोनो थे) की स्थापना हुई। इस प्रकार आगरा प्रसीडेंसी को बंगाल से अलग कर दिया गया और 1877 में बंगाल को आगरा प्रेसीडेंसी के अधीन कर दिया गया। आगरा और अवध को मिलाकर "संयुक्त प्रान्त" की स्थापना हुई।

1947 में देश आजाद होने पर रामपुर, टेहरी और बनारस के राज्यों को "संयुक्त प्रान्त" में मिला लिया गया और 26 जनवरी 1950 से इसका नाम बदलकर उत्तर प्रदेश रखा गया। पुनः गत वर्ष इसमें से 8 जनपदों (अब 13) को निकाल कर नये उत्तरांचल राज्य का गठन किया गया है। नवगठित उ0प्र0 राज्य भौगोलिक क्षेत्र तथा जनसंख्या की दृष्टि से थोड़ा छोटा हुआ है। वर्तमान समय में हो रही जनगणना के आंकड़े ही वस्तुस्थिति की सही जानकारी दे सकेंगे। इस प्रस्तुति के लिए हम उ0प्र0 में उत्तरांचल के आंकड़ों को शामिल करके ही इसका विश्लेषण कर रहे हैं।

भौगोलिक विशेषतायें

क्षेत्रफल	2,36,286 वर्ग कि.मी.
प्रमुख नदियाँ	गंगा, यमुना, रामगंगा, गोमती और घाघरा
राजधानी	लखनऊ
सीमावर्ती प्रदेश	उत्तरांचल, हरियाणा, दिल्ली, राजस्थान, मध्य प्रदेश, बिहार

जनसंख्या (1991 की जनगणना के अनुसार)

सकल जनसंख्या	13.21 करोड़
जनसंख्या का घनत्व	547 प्रति वर्ग कि.मी.
महिलायें	6.2 करोड़
पुरूष	7.0 करोड़
स्त्री–पुरूष अनुपात	876–1000
ग्रामीण	10.16 करोड़
शहरी	2.60 करोड़
अनुसूचित जातियाँ	2.80

प्रशासनिक इकाइयाँ

मण्डल	17
जनपद	70
तहसील	298
नगर निगम	11
नगर एवं नगर समूह	631
सामुदायिक विकास खण्ड	809
न्याय पंचायतें	8,814
ग्राम सभायें	51,826
आबाद ग्राम	97,134

साक्षरता

सकल	41.60 प्रतिशत
पुरूष	55.73 प्रतिशत
स्त्री	25.31 प्रतिशत
ग्रामीण	36.66 प्रतिशत
शहरी	61.00 प्रतिशत

कामगार (कुल जनसंख्या का प्रतिशत)

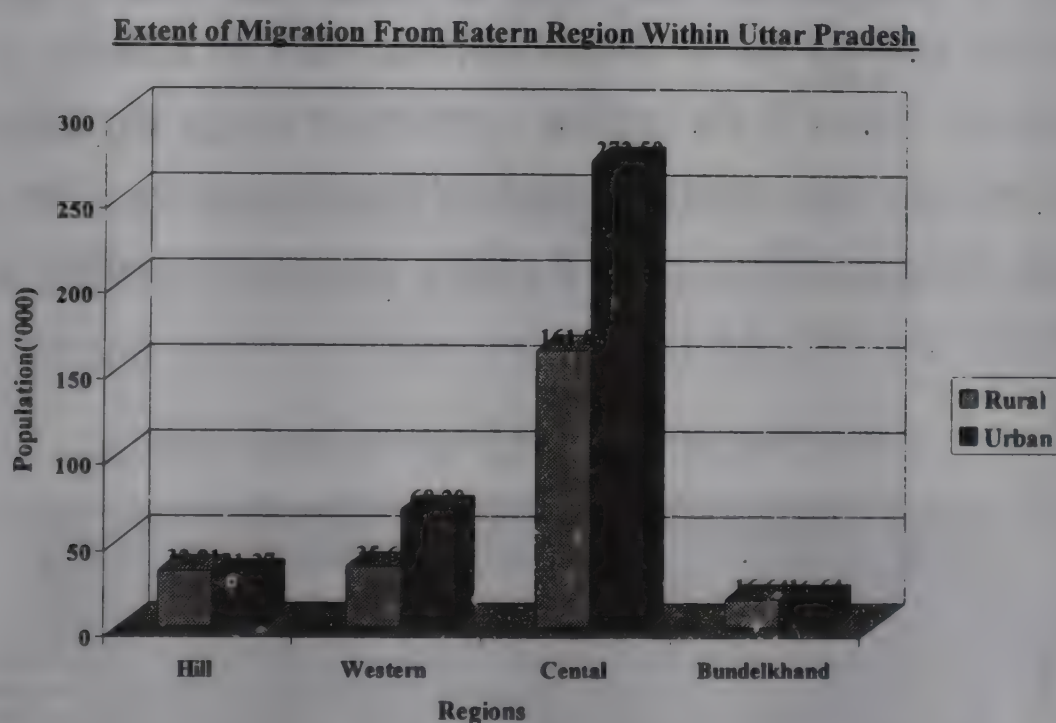
कुल कामगार	29.7 प्रतिशत
कृषक	72.20 प्रतिशत
औद्योगिक	7.75 प्रतिशत

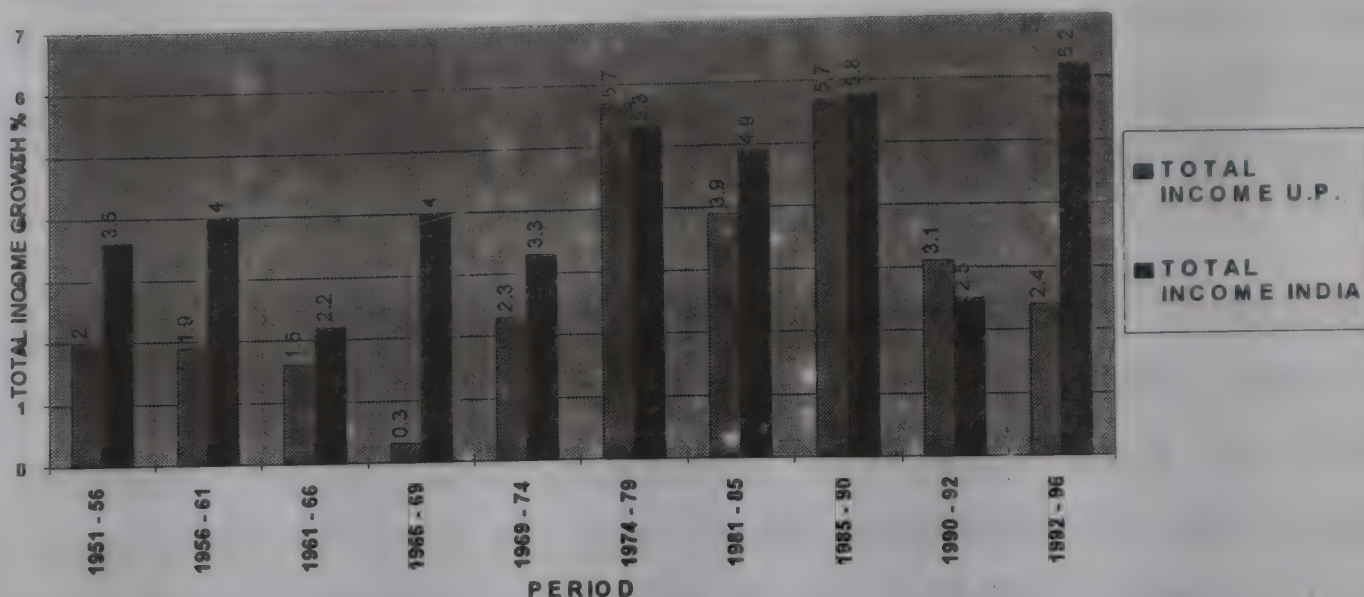
पृष्ठभूमि

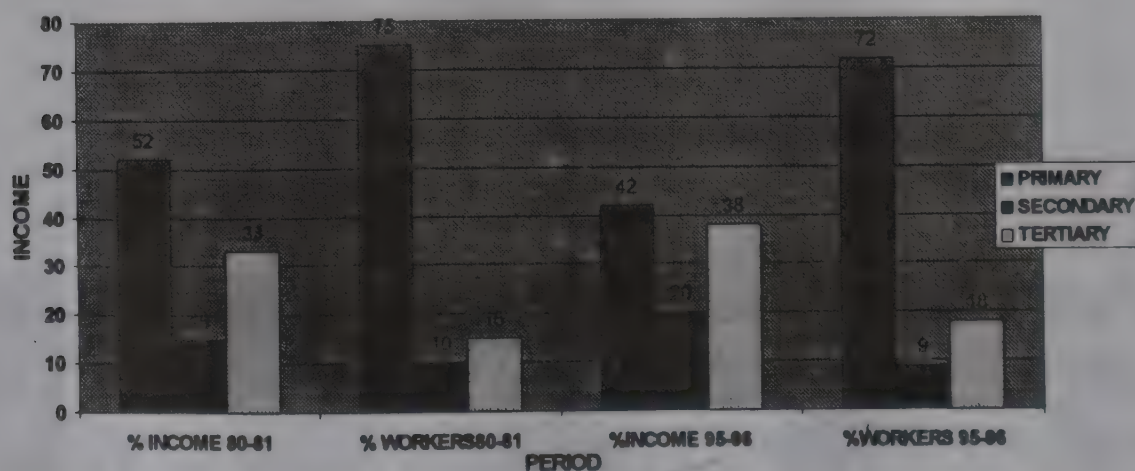
उ0प्र0 सरकार द्वारा प्रकाशित जनसंख्या नीति के अनुसार मार्च 2000 में उ0प्र0 की जनसंख्या अनुमानतः 17 करोड़ हो गयी जो अपने आप में एक वृहद संख्या है। दुनिया की आबादी का छठा हिस्सा भारत में रहता है और भारत का छठा हिस्सा उ0प्र0 में रहता है। पूरी दुनिया में केवल चीन, अमेरिका और इण्डोनेशिया की आबादी उ0प्र0 से ज्यादा है। इस प्रकार यह अत्यन्त घनी आबादी वाला प्रदेश है। 1991 की जनगणना के अनुसार यहाँ 578 व्यक्ति प्रति वर्ग किलोमीटर क्षेत्र में निवास करते हैं।

उत्तरांचल को शामिल मानकर इसमें 83 जिले (अन्यथा 70 जिले) हैं जिसमें 294 तहसीले तथा 907 विकासखण्ड हैं जो 1,12,803 गाँवों 710 कस्बों तथा 43 नगरों में

बँटें हैं। प्रदेश की 80 प्रतिशत जनसंख्या गाँवों में रहती है। और मात्र 19.80 प्रतिशत शहरों में रहती है। इस प्रकार उ0प्र0 का शहरीकरण राष्ट्रीय स्तर से बहुत कम है। यद्यपि गैर कृषि आधारित असंगठित उद्योग धंधे तथा शहरीकरण में वृद्धि हो रही है फिर भी यह गति बहुत धीमी है।

जनसंख्या का घनत्व बहुत ज्यादा, कृषि पर जीवन जीने का पूरा बोझ, औधोगीकरण का अभाव, अशिक्षा और अज्ञानता आदि के कारण हे जिनकी वजह से यहाँ का पुरूष श्रमिक वर्ग बंगाल, बम्बई, सूरत, अहमदाबाद, झरिया, धनबाद, राउरकेला, दिल्ली, कानपुर आदि औद्योगिक नगरों की ओर काम की तलाश में पलायन करता है। यहाँ तक कि पंजाब की खेती में यहाँ के मजदूरों का एक बहुत बड़ा हिस्सा भाग लेता है(खासकर पूर्वांचल के लोग देखें चार्ट)। यहाँ के लोकगीतों में युवावस्था में पतियों का काम की तलाश में नगरों में पलायन, गरीबीं, महिलाओं के ऊपर काम का अतिरिक्त बोझ तथा जमीदारी व्यवस्था जनित शोषण व दमन परिलक्षित होते हैं।

आजादी के बाद 5 दशकों में दो–तीन मुख्य पड़ाव उत्तर प्रदेश की सामाजिक–आर्थिक स्थिति (जिसमें सामुदायिक स्वास्थ्य भी शामिल है) को निर्धारित करने में मील के पत्थर साबित हुए हैं। ''पहला पड़ाव'' 1952 में जमीदारी उन्मूलन का है। भूमि सुधार क्रार्यक्रम से गरीबी उन्मूलन की बड़ी उम्मीदें थीं। यद्यपि इस सुधार के लागू होने से जमीन के मालिकाना हक का स्वरूप तो बदला किन्तु अभी तक गरीबों तक इसका लाभ पहुँचने की स्थिति में मूलभूत सुधर नहीं हुआ। 1960 के दशक में चकबन्दी व्यवस्था लागू होने से जोतों के आकार में थोड़ा परिवर्तन अवश्य हुआ किन्तु गरीब भूमिहीन किसानों की स्थिति में कोई खास परिवर्तन नहीं हुआ।

AVERAGE ANNUAL GROWTH IN INCOME:UP & INDIA IN 5 DECADES

आर्थिक विश्लेषण

पिछले 5 दशकों में उत्तर प्रदेश की आर्थिक स्थिति जड़वत बनी रही है। कुछ विशेष अपवादों को छोड़कर उत्तर प्रदेश की अर्थव्यवस्था मन्चर गति से विकसित हो रही है। नब्बे के दशक में जब आर्थिक सुधार लाने के प्रयास जोर–शोर से शुरू हुए और नयी आर्थिक व्यवस्था लागू हुई तब से उसकी अर्थवस्था और भी शोचनीय हो गयी है। दूसरे शब्दों में कहा जा सकता है कि आर्थिक उदारीकरण उ0प्र0 पंर अधिकाधिक प्रतिकूल प्रभाव डाल रहा है। पर आर्थिक सुधारों की असफलता के लिए प्रदेश की बड़ी जनसंख्या को हमेशा दोष दिया जाता है। निम्न प्रस्तुतीकरण आर्थिक प्रगति की स्थिति को ज्यादा स्पष्ट कर रहा है।

स्त्रोत : उ0प्र0 शासन, राज्य नियोजन आयोग, ड्राफ्ट नवीं पंचवर्षीय योजना (1997–2002)

प्रति व्यक्ति आय तथा सकल आय के क्षेत्र में उ0प्र0 सम्पूर्ण भारत की तुलना में 1951 से लगातार पीछे हो रहा है सिर्फ पांचवी योजना (1974–1979) और सातवीं योजना(1985–1990) की अवधि में 5.7 प्रतिशत की दर से सकल आय में वृद्वि हो रहीं है। पांचवी योजना (1974–1979) तथा (1990–1992) में उ0प्र0 की औसत सकल

वार्षिक आय, राष्ट्रीय सकल औसत वार्षिक आय से ज्यादा रही है। यहाँ यह उल्लेखनीय है कि उ0प्र0 में आजादी के बाद (1951 से 1974तक) प्रति व्यक्ति आय में वृद्धि मात्र 0.5 प्रतिशत प्रतिवर्ष की दर से हुई है। बाद में 1961 से 1969 तक इसमें गिरावट आयी थी। यद्यपि 1974 के बाद गरीबी उन्मूलन तथा हरित क्रान्ति के बाद इसमें तेजी आयी किन्तु यह स्थायी नहीं रह सकी। 1990 के बाद से आर्थिक सुधारों के बावजूद प्रति व्यक्ति तथा सकल आय में कोई बढ़ोत्तरी नहीं हुई बल्कि गिरावट आयी।

इस अवधि में राष्ट्रीय सकल आय तथा प्रति व्यक्ति आय में भी आर्थिक उदारीकरण के परिणाम स्वरूप गिरावट आयी किन्तु इसमें बाद में वर्षों में सुधार आया जो 1990–1996 में 5.8 प्रतिशत सकल तथा 3.6 प्रतिशत प्रति व्यक्ति तथा 1992–1996 की अवधि में सकल आय 6.2 प्रतिशत तथा प्रति व्यक्ति आय 4.3 प्रतिशत की वृद्धि दर पर गया। इस प्रकार नए आर्थिक सुधारों का उत्तर प्रदेश पर प्रतिकूल प्रभाव ही पड़ा है और राष्ट्रीय आय तथा उ0प्र0 की आय वृद्धि दरों में काफी अनुपातिक अन्तर आया है।

उ0प्र0 में दूसरा चौंकाने वाला प्रतिकूल प्रभाव आर्थिक स्त्रोतवार कामगारों पर पड़ा है। यह प्रभाव निम्न तालिका के अनुसार 1980–1981 से 1995–1996 के बीच प्राथमिक द्वितीयक तथा तृतीयक स्त्रोतों में निम्न प्रकार आता है –

आर्थिक स्त्रोतों के अनुसार आय विवरण

स्रोत	1980–81		1995–96	
	आय%*	कामगार%**	आय%	कामगार%***
प्राथमिक स्त्रोत	52	75	42	72
द्वितीयक स्त्रोत	15	10	20	9
तृतीयक स्त्रोत	33	16	38	18

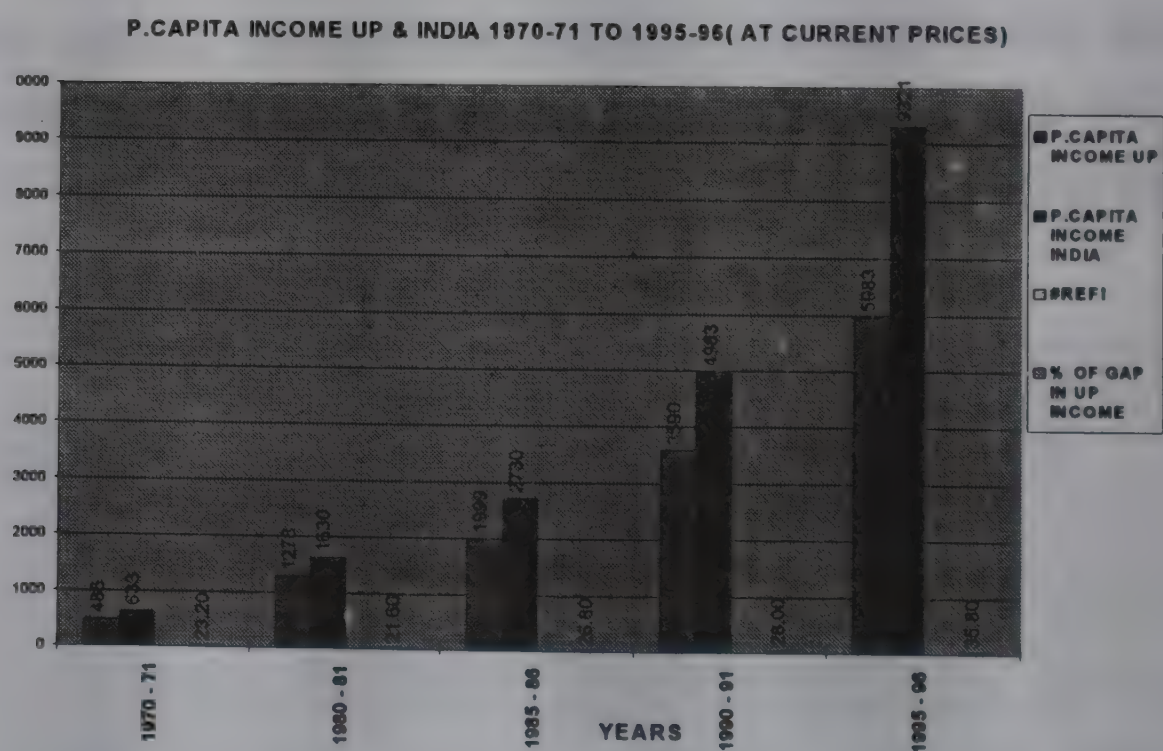
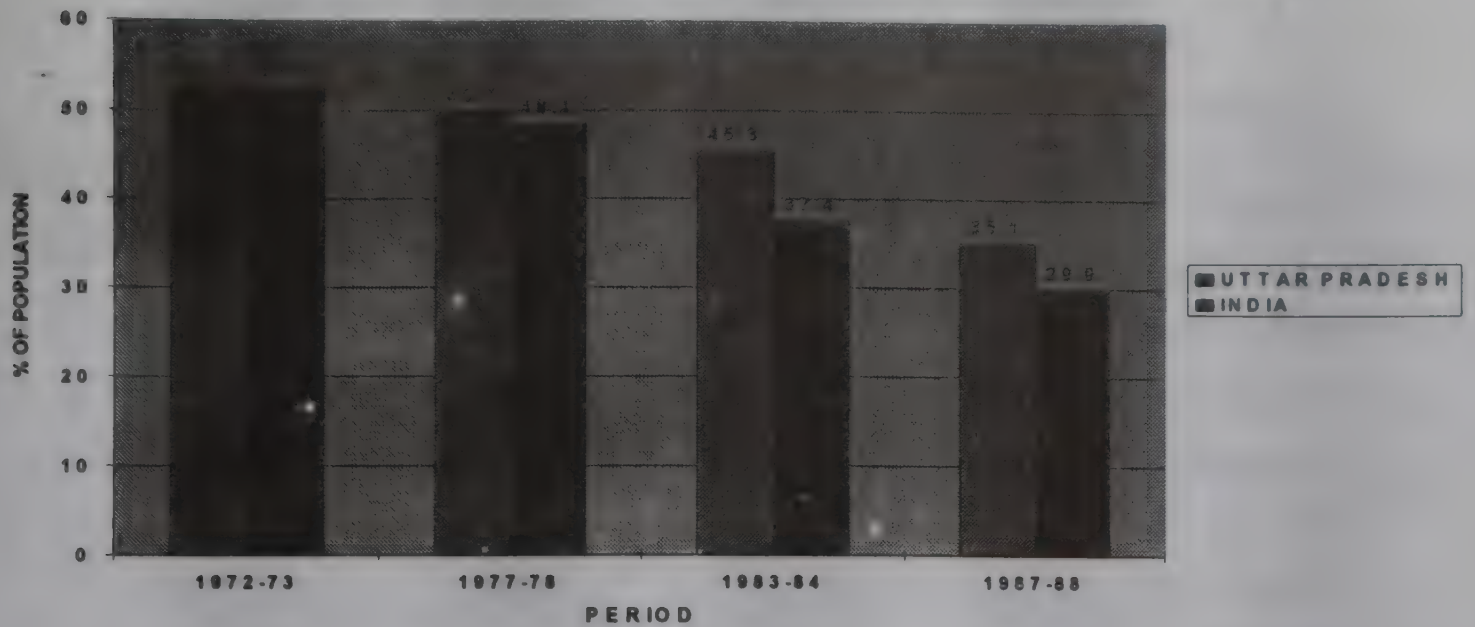
* वर्तमान दरों पर

** 1981 जनगणना

*** 1991 जनगणना

स्त्रोतों : 1997–2002 नवीं पंचवर्षीय योजना का ड्राफ्ट योजना आयोग, उ0प्र0

उपरोक्त सारिणी से यह स्पष्ट हो रहा हैं कि 15 वर्षों (1981–1996) की अवधि में

प्राथमिक स्त्रोतों (कृषि एवं तत्संबधी कार्यों) से आय में 10 प्रतिशत की गिरावट आयी है (52 से 42 प्रतिशत) साथ ही द्वितीयक एवं तृतीयक स्त्रोतों में हल्की सी बढ़ोत्तरी हुई है। दूसरी चौकाने वाली बात यह है कि कामगारों की संख्या में कोई खास अन्तर नही आया है। (75 से 72 प्रतिशत) इसका अर्थ यह है कि उसी घटी आय में ज्यादा लोगों का पेट पालना है तथा कृषि पर लोगों के भरण पोषण का अतिरिक्त बोझ पड़ा है। साथ ही द्वितीयक, तृतीयक (अर्थात लघु उद्योग) एवं सेवा क्षेत्र में आय वृद्धि हुई है तथा सेवा क्षेत्र में कामगारों की संख्या बढ़ी है। इसका मतलब हुआ कि गाँवों में बढ़ई, लोहार, धोबी, कुम्हार, नाई, दर्जी, श्रमिक वर्गों का गाँवों से पलायन और नगरीय क्षेत्र में असंगठित क्षेत्र की बढ़ोत्तरी तथा शोषण परक मलिन बस्तियों में लोगों का पलायन। ऐसा इसलिए हुआ है कि कृषि में न्यूनतम मजदूरी मिलने की सम्भावनाएं कम हुई हैं और कृषि लागत में वृद्धि हुई है। अतः गरीब आदमी के गाँवों में रहकर जीवन जीने की संभावनाएं घटी है और गरीब अमीर के बीच की खाई बढ़ी है। संगठित उद्योगों का अभाव तथा न्यूनतम मजदूरी न मिलने के कारण पुरूष श्रमिकों का बड़े पैमाने पर असंगठित सेवा क्षेत्र और नगरों में पलायन बढ़ा है तथा गरीबी रेखाा के नीचे जवीन जीने वालों की संख्या में कोई कमी नहीं आयी है यथा :

उ0प्र0 में गरीबी रेखा के नीचे जीवन जीने वालों का राष्ट्रीय अनुपात में प्रतिशत उपरोक्त सारिणी से स्पष्ट हो रहा है कि राष्ट्रीय अनुपात में गरीबी रेखा के नीचे जीवन जीने वालों की संख्या में उत्तर प्रदेश में बहुत धीमी गति से ही कमी आयी है।

उपरोक्त दृष्टि से हम देखें तो पता चलेगा कि उत्तर प्रदेश में पिछले 5 दशकों में लोगों के जीवन में गुणात्मक परिवर्तन नहीं हुए हैं जिसके परिणाम स्वरूप लोगों के स्वास्थ्य तथा विकास पर प्रतिकूल प्रभाव पड़े हैं। कुछ निर्बल समूहों पर तो ज्यादा ही प्रतिकूल प्रभाव पड़े हैं जैसे –

1. महिलाएं
2. बच्चे–बाल मजदूर
3. आदिवासी
4. बाढ़ तथा प्राकृतिक आपदाओं से त्रस्त लोग
5. बड़ी विकास योजनाओं से विस्थापित लोग
6. भूमिहीन मजदूर, कामगार आदि।

उ0प्र0 में जन स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले तत्वों जैसे गरीबी, प्राकृतिक आपदाएं, पर्यावरणीय प्रदूषण, लिंग भेद, जलापूर्ति का अभाव, अशिक्षा, बेरोजगारी, अज्ञानता तथा दमनकारी शोषक ढाँचा एवं उपेक्षापूर्ण सरकारी नीतियों के परिणाम स्वरूप लोगों का स्वास्थ्य प्रभावित हो रहा है।

शिक्षा के क्षेत्र में उ0प्र0 देश में अत्यन्त पिछड़ा राज्य है। 1991 की जनगणना के अनुसार 7 वर्ष से ऊपर की जनसंख्या में साक्षरता प्रतिशत 42 था जबकि राष्ट्रीय स्तर पर यह 52 प्रतिशत था। पुरूष साक्षरता दर 56 प्रतिशत तथा महिला साक्षरता दर 25 प्रतिशत की थी। यह राष्ट्रीय दर की तुलना में काफी कम है।

मूलभूत जनसांख्यिकीय सूचक
उ0प्र0 1971 से 1991

सूचक	1971	1981	1991
जनसंख्या	88,341,521	110,862,512	139,112,287
प्रतिशत जनसंख्या वृद्धि (पूर्व दशक)	19.8	25.5	25.5
जनसंख्या घनत्व (प्रति वर्ग किमी)	300	377	473
प्रतिशत शहरी जनसंख्या	14.0	18.0	19.8
लिंग अनुपात	879	885	879
आयु वर्ग 0–14 वर्ष	41.8%	41.7%	39.1%
65+ आयु वर्ग	3.8%	4.0%	3.8%
अनुसूचित जाति	21.0%	21.2%	21.0%
अनुसूचित जनजाति	0.2%	0.2%	–
साक्षरता(%)			
पुरूष	31.5	38.8	55.7
स्त्री	10.6	14.0	25.3
कुल	21.7	27.6	41.6
कुल जन्म दर	44.9	39.6	36.2
कुल मृत्यु दर	20.1	16.3	12.8
घातांकीय वृद्धि दर	1.80	2.27	2.27

उ0प्र0 में जन स्वास्थ्य की स्थिति

उ0प्र0 में जन स्वास्थ्य की स्थिति को समझने से पूर्व यह आवश्यक है कि हम स्वास्थ्य की अवधारणा को समझें। सामान्यतया बोलचाल मे स्वास्थ्य को देखने समझने के कई पहलू हैं। पहला पहलू यह है कि "किसका स्वास्थ्य?" अर्थात स्वास्थ्य की स्थिति व्यक्ति के स्तर से परिलक्षित होती है जैसे गरीब आदमी अपने को तब तक स्वस्थ्य मानता है जब तक काम करने की स्थिति में होता है। किसी महिला को स्वस्थ तब तक मानते हैं जब तक वह घर में खाना बनाने की स्थिति में होती है।

इसी प्रकार एक अमीर आदमी अपने को तब तक स्वस्थ्य मानता है जब तक उसकी दिनचर्या में व्यवधान न आ जाय। एक गरीब मजदूर, अमीर मालिक, स्त्री, पुरूष, बालक, बालिका, शादीशुदा, कुंआरी, जवान, वृद्ध सभी के स्वास्थ्य के परिप्रेक्ष्य अलग–अलग होते हैं।

स्वास्थ्य को समझने के लिए स्वास्थ्य संगठन के अनुसार :
"स्वास्थ्य पूर्ण रूप से शारीरिक, मानसिक, सामाजिक तथा आध्यात्मिक चंगेपन की स्थिति है न कि बीमारियों या अंपगता का अभाव"

(वि0स्वास्थ्य संगठन)

स्वास्थ्य को समझने का 80 के दशक में विश्व बैंक आधारित जो मापदण्ड अपनाया जाने लगा वह डेली कहलाता है अर्थात DISABILITY ADJUSTED LIFE YEARS बीमारी के कारण हम जो करना चाहते हैं उसे न करने की विकलांगता के कारण जितना समय दर्बाद हुआं उसे कम करके जीवन को देखते हैं अर्थात अपंगता की कमी न होना स्वास्थ्य की स्थिति माना गया है।

उपरोक्त दोनों परिभाषाएं अपने आप में अपूर्ण हैं तथा इससे व्यवहारिक रूप में किसी व्यक्ति या समुदाय का स्वास्थ्य जानने में पूरी मदद नहीं मिलती। स्वास्थ्य को जानने के लिए जिस सकारात्मक दृष्टिकोण की आवश्यकता है उसे आंकड़ों में (वर्षों में, संख्या में, गिनती में) नहीं दर्शाया जा सकता है जैसे समाज में व्यक्ति कितने सामंजस्य में, कितना प्रफुल्लित, सकारात्मक सोच के साथ जी रहा है। कई धर्म, जातियों के लोग कैसे एक दूसरे से सद्भाव के साथ रह रहे हैं। स्त्री पुरुष बिना किसी भेदभाव के एक दूसरे के पूरक बनकर जीवन जी रहे है। हम अपने बुजुर्गों, विकलांगों, बच्चों,

पड़ोसियों, पर्यावरण के साथ कितने संतुलन के साथ जी रहे हैं। ये सारे सूचकांक संख्यात्मक न होकर गुणात्मक है। न सिर्फ व्यक्तिगत जीवन में बल्कि समुदाय में भी इनके आधार पर सामुदायिक स्वास्थ्य का आंकलन किया जा सकता है। मसलन अमुक बस्ती में कोई स्त्री हिंसा नहीं हुई, अमुक बस्ती में साल भर साफ पानी मिलता है। पूरा समुदाय सुशिक्षित और आत्मनिर्भर है आदि–आदि।

उक्त धारणाओं के आधार पर स्वास्थ्य की एक सम्यक परिभाषा की आवश्यकता है। इस आधार पर हम उत्तर प्रदेश में जीवन के लिए अवसरों, सम्भावनाओं तथा क्षमताओं के देखेंगे। ये परिस्थितियाँ उ0प्र0 में आम आदमी को सक्षम बनाने में कितनी मददगार है, कितनी विरोधी हैं और इसका आम आदमी के जीवन पर क्या प्रभाव पड़ रहा है। इस प्रकार उ0प्र0 में जन स्वास्थ्य की स्थिति को देखने से पूर्व यह स्पष्ट है कि "स्वास्थ हमारा मौलिक अधिकार है" भारत के संविधान के नीति निर्देशक तत्व भाग(4) "स्वास्थ्य जीवन जीने का अधिकार" भारत सरकार की एक अन्तर्राष्ट्रीय वचनबद्वता है। (अल्माअता घोषणा)

अल्माअता घोषणा

प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा आवश्यक स्वास्थ्य सेवा होती है। यह ऐसी विधियों व तकनीकों पर आधारित होती है, जिन तक आम आदमी व साधारण परिवारों की पहुँच हो और जिसमें सारे समाज की पूरी हिस्सेदारी हो। साथ ही यह ऐसी कीमत पर होनी चाहिए जिसे समुदाय आत्मनिर्भरता और स्वनिर्धारण के भाव से विकास के हर चरण पर वहन कर सके। यह न केवल देश के स्वास्थ्य ढ़ाँचे का अभिन्न अंग वरन् समुदाय के सामाजिक और आर्थिक विकास का प्रमुख कार्य एवं केन्द्र बिन्दु होती है। इसमें राष्ट्र का स्वास्थ्य ढ़ाँचा लोगों के निवास और कार्यस्थल के यथासंभव नजदीक लोगों को स्वास्थ्य सेवा प्रदान करता है। यह एक निरन्तर मिलने वाली स्वास्थ्य सेवा की प्रक्रिया का प्रथम तत्व है।

सबके लिए 2000 ई. तक सबके लिए स्वास्थ्य की अवधारणा में निर्धारित लक्ष्य व उ0प्रदेश की वर्तमान स्थिति

सूचक		लक्ष्य 2000	वर्तमान स्थिति
1. शिशु मृत्यु दर		60 से कम	85(1997)
2. प्रीनेटल मृत्यु दर		30–35	49.6(1996)
3. अशोधित मृत्यु दर		9.0	12.8(1997)
4. 5 वर्ष से नीचे मृत्यु दर		9.0	33.3(1996)
5. मातृ मृत्यु दर		200	707(2000
6. जन्म के समय आयु संभावना	पुरूष	64	58.1(1991)
	स्त्री	64	59.1(1991)
7. अशोधित जन्म दर		21.0	34.4(1998)
8. शुद्ध प्रजनन दर		1.0	1.48(1991)
9. दम्पत्ति सुरक्षा दर		60	19.0(2000
10. वार्षिक जनसंख्या वृद्धि दर		1.20	2.03(1998)
11. परिवार का आकार		2.3	4.0(1998)
12. सुरक्षित पेयजल आपूर्ति		100 प्रतिशत	7.0प्रतिशत (केस स्टडी)
13. 6 प्राण घातक रोगों से शिशु/बच्चों का पूर्ण प्रतिरक्षण		100 प्रतिशत	30 प्रतिशत
14. जन्म के समय कम वजन के बच्चों का प्रतिशत		40 प्रतिशत कमी लायी जायेगी	30 प्रतिशत तक कमी लायी जा सकी है।
15. कुपोषित बच्चों का प्रतिशत		60 प्रतिशत घटाया जायेगा	30 प्रतिशत घटाया जा सका है।

उ0प्र0 में जन स्वास्थ्य एक परिदृश्य

एक अध्ययन के अनुसार –

1 आधे से ज्यादा बच्चे कम वजन के, बौने तथा पी.ई.एम.(प्रोटीन इनर्जी मालन्यूट्रीशन) से कुपोषित हैं।

2 आधी किशोरावस्था की लड़कियाँ कुपोषित हैं।(उपरोक्त)

3 30 प्रतिशत से ज्यादा महिलाएं अति कुपोषित (क्रानिक इनर्जी डेफिसिंएसी सी.इ.डी.) एवं कुप्रभावित है।

4 अति सूक्ष्म पोषक तत्व की कमी (माइक्रो न्यूट्रयेट डिफिसिएंसी) विटामिन ए की कमी, रक्ताल्पता तथा आयोडीन की कमी से प्रभावित कुपोषण अत्यंत ज्यादा है। (उपरोक्त)

5 75 प्रतिशत गर्भवती महिलाएं किसी न किसी प्रकार के कुपोषण, सेवा के अभाव आदि के कारण गर्भ के जोखिम की शिकार हैं। (स्टेट ऑफ हैल्थ इन यू.पी.''यू.पी.वी.एच.ए.'')

6 हर छठी मौत जेण्डर विषमता के कारण हो रही है।

7 हर आठवां ब्च्चा पांच साल पूरा करने से पूर्व मर जाता है।

8 हर दसवां बच्चा अपना पहला जन्म दिन मनाने से पूर्व मर जाता है।

9 करीबन सवा करोड़ बच्चे स्कूल नहीं जाते हैं।

10 स्कूल जाने वाले बच्चों में से आधे पाँचवी कक्षा तक जाते–जाते स्कूल छोड़ देते हैं और इनमें 63 प्रतिशत लड़कियाँ होती हैं।

11 हर तीसरी लड़की 15 वर्ष पूरा करते–करते शादीशुदा होकर जोखिमपूर्ण ढ़ंग से गर्भवती होती हैं।

12 19 प्रतिशत बच्चे डायरिया जनित बीमारियों के कारण मरते हैं।

13 हर 24 मिनट में एक मां बच्चा जनते समय मर जाती है।

14 1900 बच्चे रोजाना मर जाते हैं।

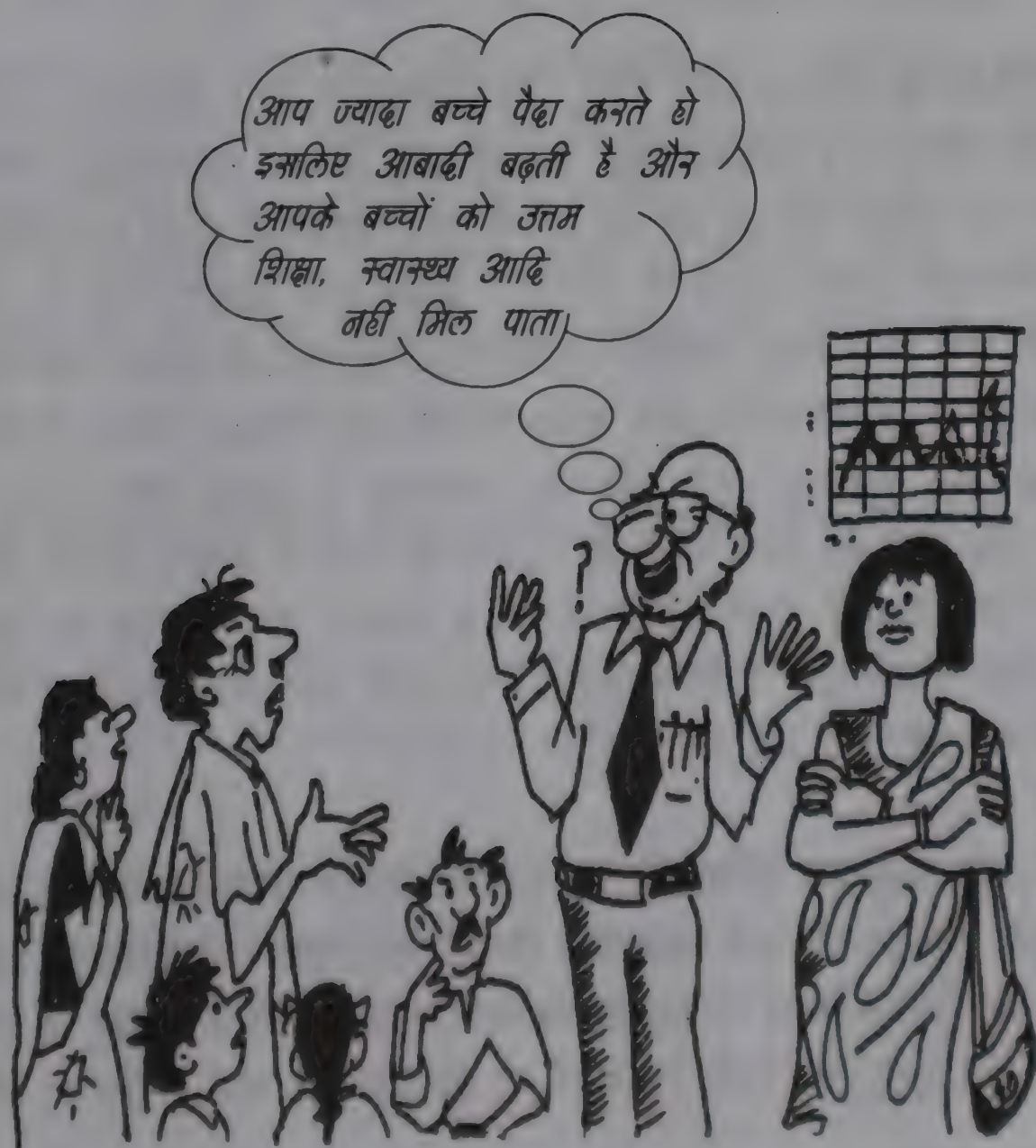
15 बच्चों और माताओं के कुपोषण, बीमारी और मौत के मुख्य तीन कारण राज्य कार्ययोजना, उ0प्र0 में बताए गए हैं –

(अ). अपर्याप्त भोजन व पोषक तत्वों का अभाव

(आ). स्वास्थ्य सेवाओं का सामयिक अभाव

(स). महिलाओं और बच्चों के प्रति उदासीन व भेदभावपूर्ण समाज तथा परिवार का दृष्टिकोण

16. हर छठा कुपोषित बच्चा उ0प्र0 में रहता है।
17. कुपोषण स्तर में उ0प्र0 का दूसरा स्थान रहता है।
18. निरक्षर माताओं के 56 प्रतिशत बच्चे कुपोषित हैं।
19. करीबन आधी महिलाएं 45 किलो से कम वजन की हैं।
20. 12 से 23 माह के अन्दर पाँच में से सिर्फ एक बच्चा पूरी तरह टीकों से प्रतिरक्षित हो पाता है।
21. सिर्फ 23 प्रतिशत महिलाएं ही बच्चा पैदा करने के बाद स्वास्थ्य जाँच की सुविधा पाती है।

(स्त्रोत – नेशनल स्टेट्स ऑफ वीमेन एण्ड चिल्ड्रेन इन उ0प्र0 महिला एंव बाल कल्याण विभाग उ0प्र0 सरकार)

जन स्वास्थ्य एवं मूलभूत सुविधायें

हमारे देश में प्राचीन काल से स्वास्थ्य को व्यापक संदर्भों में लिया जाता रहा है। इसका अर्थ बीमारियों के न होने के साथ ही बौद्धिक, शारीरिक तथा कल्पनात्मक शक्तियों का पूर्ण विकास माना जाता रहा है। इन व्यापकतम अर्थों में स्वस्थ व्यक्ति अपने जीवन का समग्र और पूर्ण विकास करने की ओर आगे बढ़ सकता है। दुनिया की सभी प्राचीन सभ्यताओं और संस्कृतियों में स्वास्थ्य की कमोबेश यही परिभाषा रही है।

यह एक विडम्बना है कि विज्ञान खासकर चिकित्सा विज्ञान और प्रौद्योगिकी की असाधारण प्रगति के बावजूद दुनिया में असमानता और गरीबी बढ़ी है तथा स्वास्थ्य सेवाओं का व्यवसायीकरण हुआ है। इससे स्वास्थ्य का अर्थ संकुचित बना कर उसे केवल बीमारियों के इलाज तक सीमित कर दिया गया। इस प्रक्रिया के लागू होने के बाद से ही पूरी दुनिया और भारत में विभिन्न जनसंगठन इस प्रतिगामी रास्ते के विरुद्ध संघर्ष कर रहे थे और समग्र स्वास्थ्य के दृष्टिकोण को लागू करने की माँग कर रहे थे।

1978 में दुनिया के लगभग सभी देशों और अनेकानेक जन संगठनों ने अल्माअता में एकत्र होकर अपनी इन प्रतिबद्धताओं को सूत्रबद्ध किया। अल्माअता घोषणा में सभी सरकारों से यह अपेक्षा की गई कि वह अपनी सारी शक्तियाँ अपने नागरिकों को समग्र स्वास्थ्य का लक्ष्य प्राप्त कराने में लगायें। अल्माअता घोषणा पत्र में 'सबके लिए स्वास्थ्य' को एक न्यायसंगत आर्थिक–सामाजिक व्यवस्था से जोड़ा गया था। वैसे भी यह सभी स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं और समाजसेवियों को बिल्कुल स्पष्ट है कि जब तक गरीबी, भूख और कुपोषण रहेंगे, तब तक स्वास्थ्य में सुधार कैसे होगा? जब तक करोड़ों के पास पीने का साफ पानी या मौसम की मार से बचाने लायक घर व कपड़े तक नहीं हैं तब तक वे बीमारियों से कैसे पच पायेंगे? इन सवालों पर अल्माअता में जो ध्यान दिया गया उससे आर्थिक, सामाजिक न्याय का सवाल स्वास्थ्य संबंधी मुद्दों से सुसंगत रूप से जुड़ गया।

स्वास्थ्य के प्रति संकुचित दृष्टिकोण अपनाने के कारण बीमारियां बढ़ती जा रही हैं। विश्व स्वास्थ्य संगठन की वर्ष 1998 की रिपोर्ट के अनुसार टीकाकरण अभियान को अधिकांश बच्चों तक पहुँचाने के बावजूद प्रतिवर्ष पाँच वर्ष से कम आयु के लगभग एक करोड़ बच्चों की मृत्यु हो जाती है। इनमें से 97 प्रतिशत मौतें गरीब या विकासशील

देशों में होती हैं। इन मौतों का मुख्य कारण निमोनिया व अतिसार के साथ कुपोषण है। रिपोर्ट के अनुसार इनमें से अधिकतर मौतों को रोका जा सकता है। इस रिपोर्ट के अनुसार प्रति वर्ष 2 करोड़ 40 लाख कम वजन के बच्चों का जन्म होता है। विकासशील देशों में 5 वर्ष से कम उम्र के लगभग 17 करोड़ बच्चे कुपोषण से पीड़ित हैं जिनमें से 8.6 करोड़ दक्षिण केन्द्रीय एशिया में हैं। इस क्षेत्र के 50 प्रतिशत बच्चे कुपोषण से पीड़ित हैं। प्रतिवर्ष लगभग 5,85,000 महिलाओं की मृत्यु प्रसव या बच्चों को जन्म देने से जुड़े कारणों से होती है। गरीब या विकासशील देशों में 50 प्रतिशत महिलाओं में खून की कमी पाई गई है। इन देशों में लगभग 5 करोड़ महिलाओं का वजन बहुत कम है। इन सभी समस्याओं का एक बड़ा कारण गरीबी और सामाजिक असमानता है। संसाधनों के असमान वितरण और अधिकतम संसाधनों का अमीरों के हित में प्रयोग करने से गरीबों की स्वास्थ्य समस्यायें बढ़ती ही जा रही हैं। विभिन्न देशों के साथ ही साथ यह स्थिति दुनिया के विभिन्न देशों के बीच भी है।

धनी देशों तथा विकासशील देशों में स्वास्थ्य के बीच बड़ा अंतर है। दुनिया के 25 अमीर देशों में औसत जीवन काल 76 वर्ष है जबकि विकासशील देशों में यह 62 वर्ष तथा सबसे गरीब 43 देशों में केवल 51 वर्ष ही है। साक्षरता दर अमीर 25 देशों में 98.6, विकासशील देशों में 70 तथा गरीब 43 देशों में 49 है, इसी प्रकार मातृ मृत्यु दर (प्रति एक लाख प्रसव) अमीर 25 देशों में 30, विकासशील देशों में 488 तथा गरीब 43 देशों में 1160 है तथा 5 साल से नीचे की बाल मृत्यु दर (प्रति एक हजार) अमीर 25 देशों में 16, विकासशील देशों में 65 तथा गरीब 43 देशों में 171 है। इसी तरह का अंतर व असमानता धनी देशों के अमीरों और सबसे गरीब एक तिहाई लोगों के बीच भी है।

संसाधनों के असमान वितरण व उनके प्रयोग का स्वरूप निम्न तथ्यों से स्पष्ट होता है –

- यूरोप व अमेरिका में इत्र सुगंध व्यवसाय पर किया गया कुल खर्च (12अरब डॉलर) पूरे संसार की महिलाओं को प्रजनन स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने के लिए काफी है।
- केवल एक देश अमेरिका में सौन्दर्य प्रसाधनों पर किया जाने वाला खर्च पूरे संसार में बुनियादी शिक्षा मुहैया करवा सकता है। या फिर इससे संसार के सब लोगों की लगभग सभी पेयजल व स्वच्छता संबंधी ज़रूरतें पूरी की जा सकती हैं।

- अकेले यूरोप में खरीदी जाने वाली मदिरा की कीमत 104 अरब डॉलर है। यह पूरे विश्व में बुनियादी सामाजिक सेवायें प्रजनन स्वास्थ्य समेत बुनियादी स्वास्थ्य, पोषण, शिक्षा, पेयजल व स्वच्छता प्रदान करने के व्यय का ढाई गुना है (यह व्यय 40 अरब डॉलर है)
- विश्व सैन्य खर्च लगभग 780 अरब डॉलर है। यह सबको स्वास्थ्य, पोषण, शिक्षा, पेयजल और स्वच्छता देने के खर्च का 20 गुना है।
- विश्व के 3 सर्वाधिक धनी व्यक्तियों की कुल निर्धनतम 48 देशों के सकल घरेलू उत्पाद से ज्यादा है और सर्वाधिक धनी 32 व्यक्तियों की सम्पदा पूरे एशिया के सकल घरेलू उत्पाद से ज्यादा है। (Human Development Report 1998: A UNDP Document)

यह कहना तर्कसंगत होगा कि किसी देश / क्षेत्र के निवासियों का स्वास्थ्य स्तर वहाँ के सामाजिक-आर्थिक विकास का दर्पण है और कई कारकों द्वारा निर्धारित होता है जैसे आय स्तर, आवासीय सुविधायें, स्वच्छता प्रबन्ध, पेयजल आपूर्ति, व्यक्तिगत स्वच्छता, शिक्षा, जागरूकता तथा स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँचने की क्षमता आदि। इसलिए इस तथ्य को स्वीकार कर लिया गया है कि उत्तर प्रदेश जैसे गरीब प्रदेश के निम्न स्वास्थ्य स्तर का कारण अपर्याप्त पोषण, स्वच्छ पेयजल की कमी, अधिक जनसंख्या, घरों में सफाई व सीवेज सुविधाओं का अभाव, रोजगार ढाँचा व दूषित पर्यावरण आदि है। इसके कारण कुपोषण के कारण फैलने वाली बीमारियों, प्रदूषित हवा और पानी से फैलने बीमारियों, आदि से जनता का स्वास्थ्य बहुत खराब हो गया है।

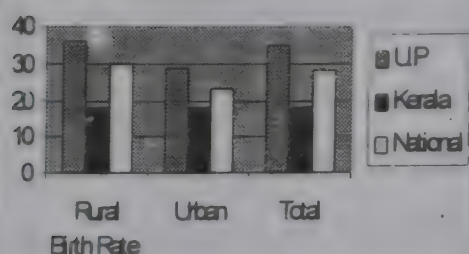
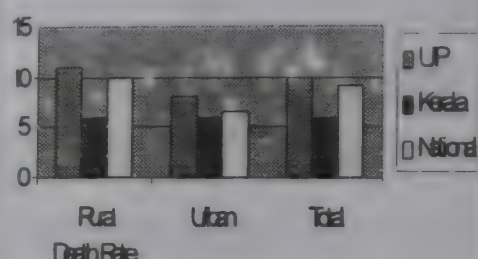
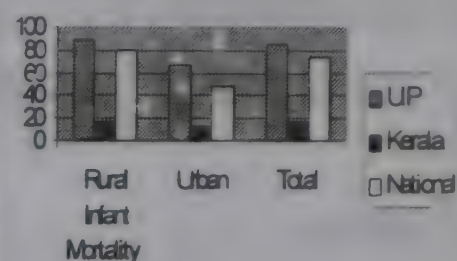
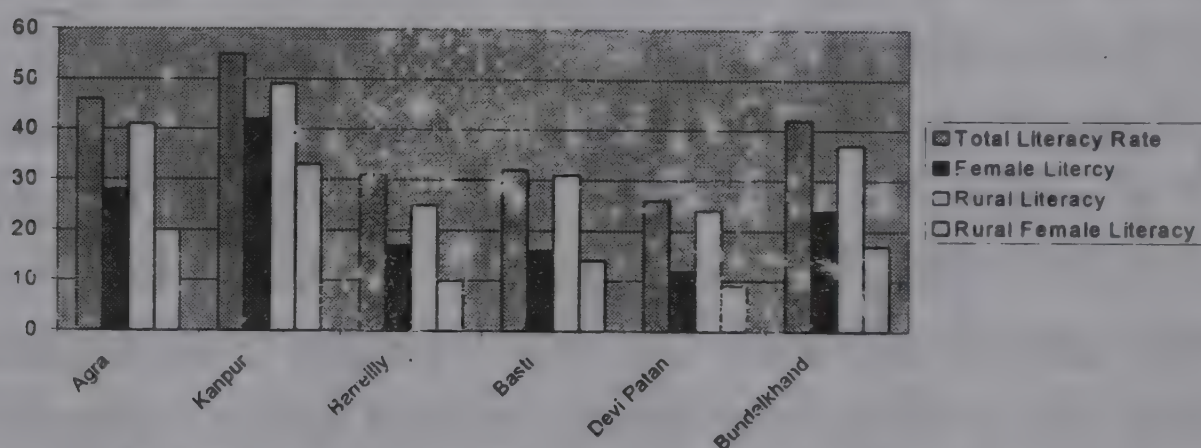
भारत जैसे विकासशील देश में विभिन्न राज्यों के स्वास्थ्य स्तर, सामाजिक समुदायों के स्वास्थ्य स्तर, तथा जीवन की मूलभूत आवश्यकताओं की पूर्ति में भी बहुत बड़ा अन्तर है। जनता के जीवन स्तर को दिखाने वाले सबसे अच्छे सूचकांक केरल राज्य के हैं जहां पाँच वर्ष से कम बच्चों की मृत्यु दर तथा मातृ मृत्यु दर औद्योगिक देशों के समकक्ष है। इसके विपरीत उत्तर प्रदेश, बिहार व मध्य प्रदेश जैसे राज्यों की स्थिति शोचनीय है। यहाँ तक कि पंचाब और महाराष्ट्र जैसे राज्य जिनकी प्रतिव्यक्ति आय अपेक्षाकृत अधिक है, उनका भी स्वास्थ्य स्तर खराब है। किसी एक राज्य के अन्तर्गत भी विभिन्न सामाजिक समुदायों में संसाधनों के वितरण में विशाल असमानता है जिसके चलते आबादी का एक बड़ा हिस्सा आधारभूत सुविधाओं से वंचित संघर्षपूर्ण जीवन जीने को बाध्य है।

यहाँ हम प्राथमिक सेवाओं, सामाजिक मान्यताओं और आर्थिक विषमताओं के परिप्रेक्ष्य

में जनता के स्वास्थ्य पर बुनियादी सामाजिक सुविधाओं की आपूर्ति के प्रभाव का अवलोकन करेंगे। ये सुविधायें शिक्षा, घर, पोषण एवं खाद्य सुरक्षा, पीने का पानी, सफाई, सामाजिक सुरक्षा, रोजगार आदि हैं।

शिक्षा

भारत के संविधान में एक निश्चित समय सीमा के भीतर सभी को अनिवार्य और निःशुल्क प्राथमिक शिक्षा देने का वादा किया गया था पर यह आज तक पूरा नहीं हुआ है। शिक्षा के क्षेत्र मुख्यतः प्राथमिक शिक्षा की प्रगति अत्यधिक असन्तोषजनक है। आज निरक्षरों की संख्या देश की आज़ादी के समय की कुल जनसंख्या से भी अधिक है। शिक्षा का महत्व इससे भी समझा जा सकता है कि यह विकास का साधन एवं साध्य दोनों है। शिक्षा की जनसंख्या नियन्त्रण में भी महत्वपूर्ण भूमिका रहती है, महिलाओं की शिक्षा से शिशु जन्म दर और मृत्यु दर दोनों को ही कम करने में महत्वपूर्ण योगदान मिलता है। प्राथमिक शिक्षा बेहतर स्वास्थ्य परिणामों से भी जुड़ी रहती है। साक्षरता और अधिकतम आयु प्राप्त करने में मजबूत सहसम्बन्ध है। शिक्षा नागरिकों का सशक्तिकरण करती है, और पूरी सामाजिक प्रक्रिया को प्रभावित करती है। जिस समाज में शिक्षितों की संख्या अधिक होती है, उसमें स्वास्थ्य का स्तर आमतौर पर अशिक्षित समाज से कहीं बेहतर पाया जाता है। शिक्षित व्यक्ति सामाजिक, आर्थिक व राजनैतिक स्तर पर अधिक सक्षम होता है। वह अपने बुनियादी अधिकारों को हासिल कर सकता है, और नतीजतन उसके सर्वांगीण विकास की सम्भावनायें बेहतर होती हैं। हमारे देश की 46 प्रतिशत आबादी निरक्षर है जिनमें 27 प्रतिशत पुरुष तथा 50 प्रतिशत महिलायें अर्थात 134 मिलियन पुरुष तथा 230 मिलियन महिलायें निरक्षर हैं। 6–11 वर्ष की आयु के 50 मिलियन बच्चे स्कूल नहीं जा रहे हैं जो 2015 में निरक्षर वोटर बनेंगे। ये सभी निरक्षर अधिकतर विकास सम्बन्धी राष्ट्रीय व राज्य स्तर की उपलब्धियों का उचित लाभ उठाने से भी वंचित रहेंगे।

उत्तर प्रदेश की स्थिति तो और भी चिन्ताजनक है जहाँ 40 प्रतिशत लोग ही साक्षर हैं जिनमें 54 प्रतिशत पुरुष व 24 प्रतिशत महिलायें हैं। ग्रामीण क्षेत्र में तो केवल 36 प्रतिशत लोग ही साक्षर हैं। इसकी तुलना में केरल में 90 प्रतिशत लोग साक्षर हैं जहाँ 86 प्रतिशत महिलायें तथा 89 प्रतिशत ग्रामीण साक्षर हैं। इन दोनों राज्यों के स्वास्थ्य स्तर की तुलना करना भी तर्क संगत होगा।

इस तालिका में स्वास्थ्य से सीधे सम्बन्धित कुछ सूचकांकों को ही लिया गया है जो शिक्षा के प्रभाव को दर्शाते हैं। उत्तर प्रदेश से उत्तरांचल के अलग राज्य बनने के बाद यहां आँकड़ों की स्थिति और भी खराब हो गई है। क्षेत्रवार तथा मण्डलवार साक्षरता की स्थिति देखने पर यह बात और साफ हो जाती है।

इस वर्गीकरण से देवीपाटन मण्डल में ग्रामीण क्षेत्र की महिला साक्षरता दर 9 प्रतिशत तक है। यही हाल बरेली व बस्ती मण्डल का है। बुन्देलखण्ड इन क्षेत्रों से थोड़ा बेहतर है। असमानता इनमें भी व्यापक है। देवीपाटन व बरेली मण्डल में जहाँ कुल साक्षरता की दर लगभग 30 प्रतिशत है, वहाँ ग्रामीण महिला साक्षरता की दर एक तिहाई से भी कम है। यहाँ पर यह बात भी महत्वपूर्ण है कि साक्षरता श्रेणी में आने वाले काफी लोग सिर्फ अपना नाम आदि ही लिख सकते हैं। व्यवहारिक तौर पर ऐसे नागरिक वास्तविक साक्षर कहलाने के लायक नहीं हैं।

गत वर्ष राष्ट्रीय सेम्पिल सर्वे द्वारा कराये सर्वेक्षण के अनुसार उत्तर प्रदेश का साक्षरता स्तर काफी बढ़ा है, 2001 जन–गणना की प्राथमिक जानकारी से भी ऐसा प्रतीत होता है, पर प्रदेश में साक्षरता अभियानों तथा औपचारिक शिक्षा के क्षेत्र में स्थिति बहुत खराब है जिसे सुधारने के लिए इसमें आमूलचूल परिवर्तन आवश्यक हैं।

पोषण एवं खाद्य सुरक्षा :

उचित पोषण सभी नागरिकों की एक अति महत्वपूर्ण बुनियादी आवश्यकता है क्योंकि

यह बीमारियों का प्रमुख कारण है। भारत में 53 प्रतिशत बच्चे कुपोषित हैं जिनमें 22 प्रतिशत गम्भीर रूप से पीड़ित हैं। गभीर कुपोषित बच्चों का यदि सही समय पर ध्यान न दिया जाय तो यह अपनी पूरी जिन्दगी के लिए विकलांग हो सकते हैं। कुपोषण पूरी दुनिया के स्तर पर भारी समस्या है। यदि कुपोषण के आँकड़ों को प्रतिव्यक्ति आमदनी से जोड़ा जाता है तब भारत और बांग्लादेश की स्थिति पूरे संसार में सबसे ज्यादा खराब नज़र आती है। कुपोषण की समस्या से निबटने के लिये सरकारी कार्यक्रम जैसे ICDS आदि चलाये गए लेकिन हर एक जिले में इनकी पहुँच नहीं है। बल्कि कुछ गिने चुने जिलों में ही यह कार्यक्रम चल रहे हैं। जहाँ–जहाँ कार्यक्रम चल भी रहा है, वहाँ पर भी यह कुछ विकासखण्डों तक ही सीमित है। जिन गाँवों तक इसकी पहुँच है, वहाँ भी इसे 3 प्रकार की प्रमुख समस्याओं का सामना करना पड़ रहा है।

- प्रत्येक गाँव के बच्चों की एक बहुत सीमित संस्था ही इन परियोजनाओं के अन्तर नामांकित हो पाती है।
- बच्चों के नामांकन के बावजूद अधिकांश गाँवों में आँगनबाड़ी केन्द्रों का संचालन नहीं होता है।
- जहाँ जहाँ भी कार्यक्रम के तहत ठीक काम चल रहा है वहाँ पर पारिवारिक कारणों से बच्चों को इसका लाभ नहीं मिल पाता है। यह सोचा जाता है कि कुपोषित बच्चों के लिए यह पूरक आहार है पर गरीब परिवार अपने बच्चे को सामान्य तौर पर देने वाले भोजन में कटौती कर देते हैं जिससे इस कार्यक्रम का कोई खास लाभ नहीं मिल पाता है.

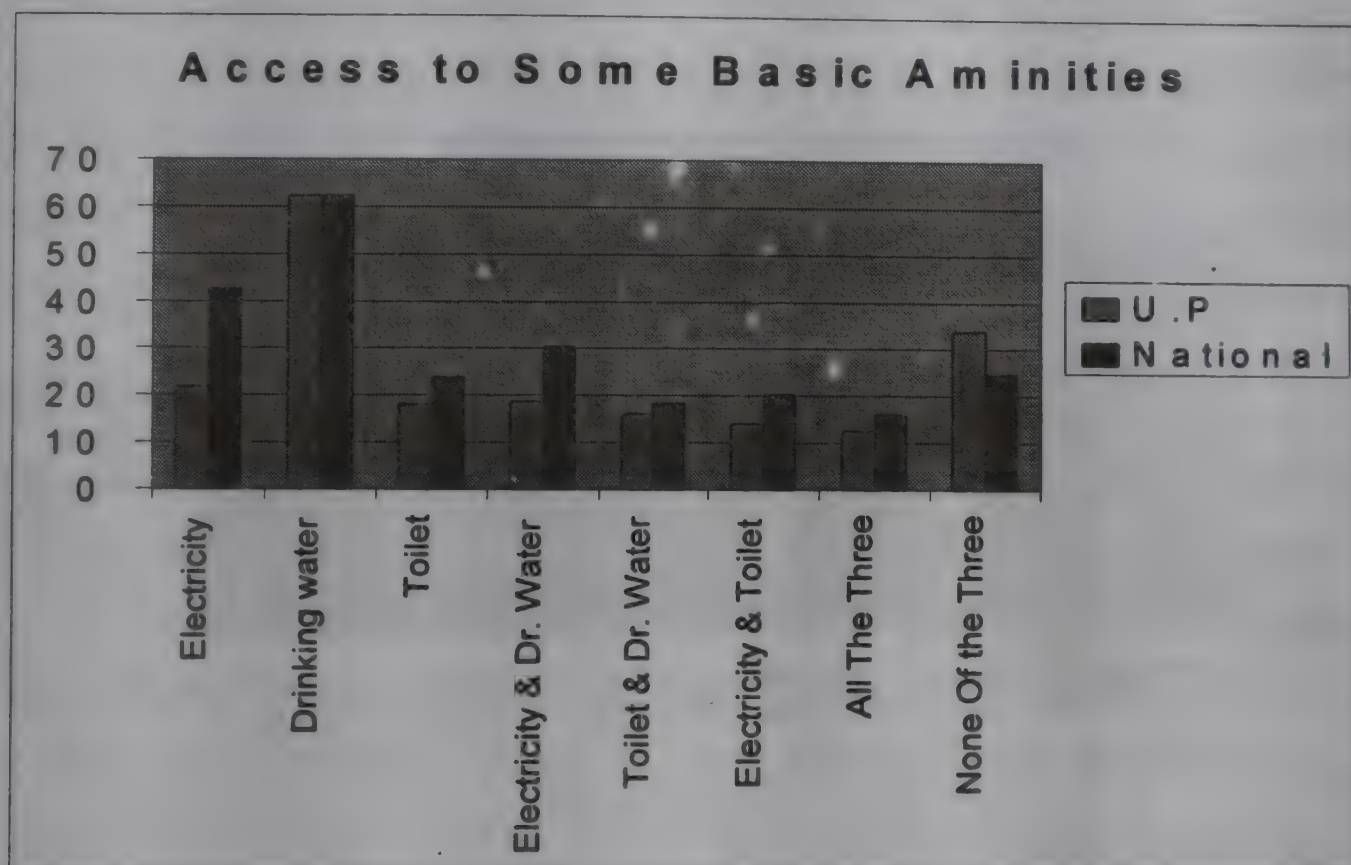
इन स्थितियों में ICDS जैसे कार्यक्रम का पुनरावलोकन कर इसे ठीक करना सबसे चुनौतीपूर्ण होगा।

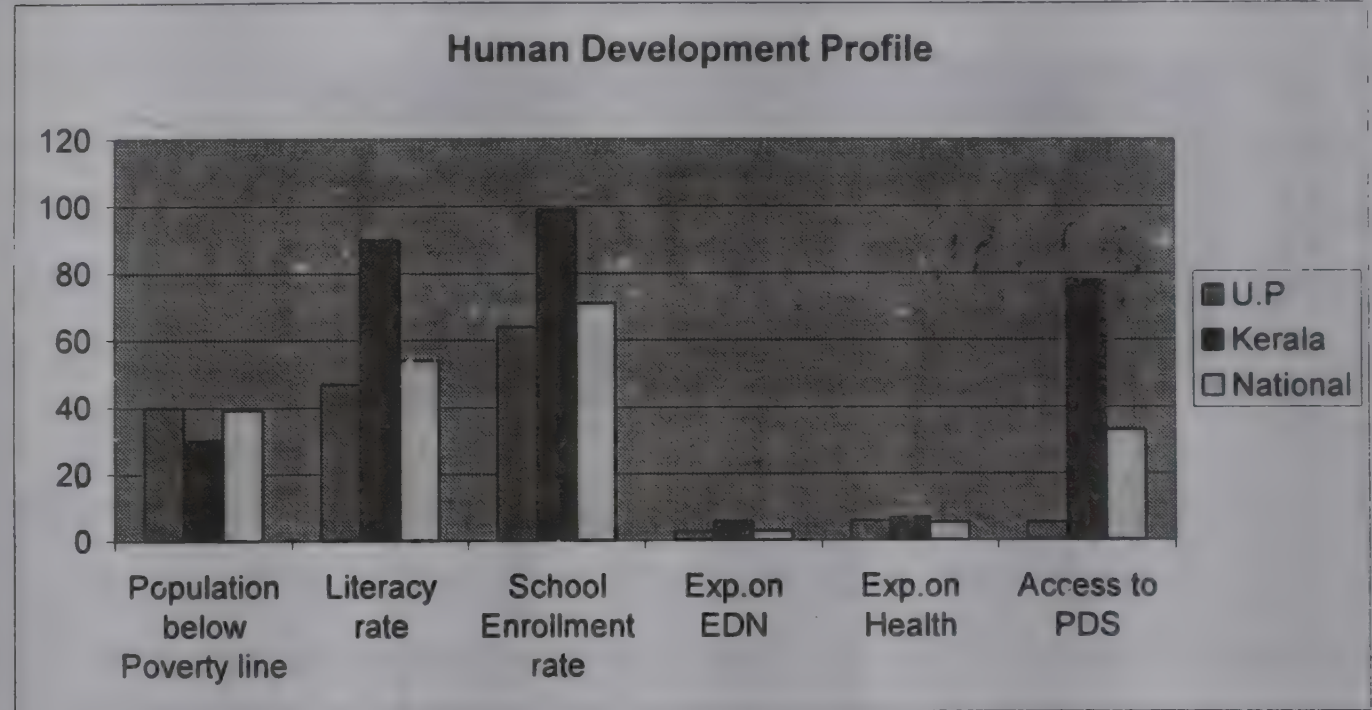
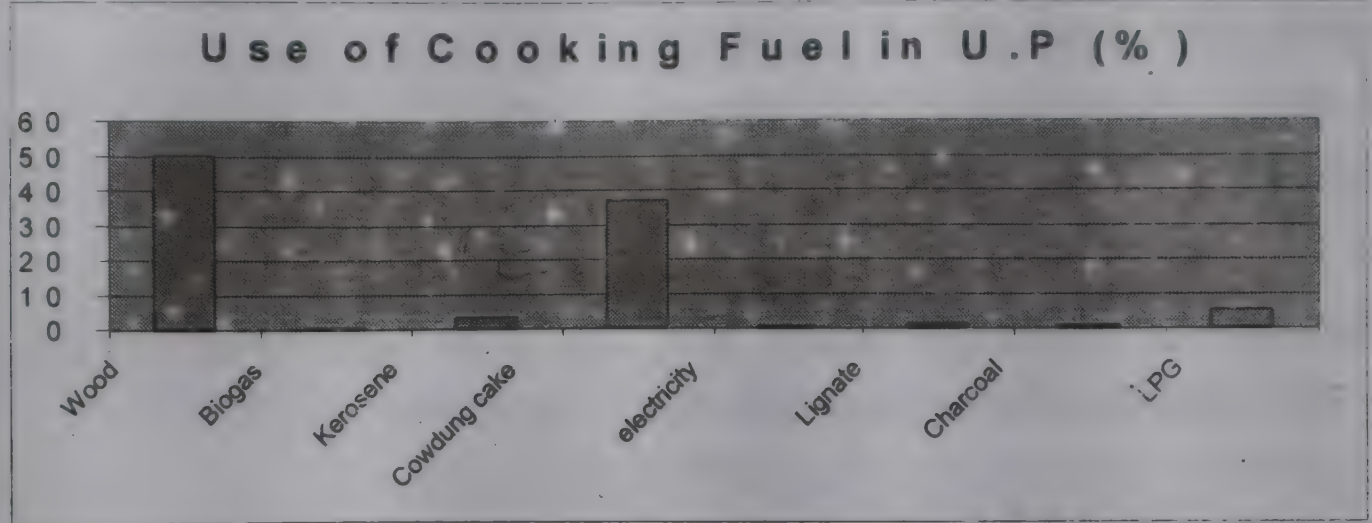
यदि बच्चों के साथ पूरे समाज के पोषण को ध्यान में रखा जाय तो खाद्य सुरक्षा और सार्वजनिक वितरण प्रणाली की महत्वपूर्ण भूमिका सामने आती है। पूरे भारत में औसतन 33 प्रतिशत लोगों की पहुँच राशन की दुकानों तक है जबकि उत्तर प्रदेश में इनकी संख्या केवल 5 प्रतिशत है। केरल में 78 प्रतिशत तथा तमिलनाडु में 64 प्रतिशत लोगों की पहुँच सार्वजनिक वितरण प्रणाली तक है जो कि उनके अच्छे स्वास्थ्य और पोषण स्तर का प्रमुख कारण है। इन ज़मीनी हकीकतों की अनदेखी करते हुए केन्द्रीय स्तर पर आर्थिक नीतियाँ त्वरित गति से बदल रही हैं जिनसे समाज कल्याण के क्षेत्र में सरकार की भूमिका कमजोर हो रही है। इन नीतियों से निश्चित रूप से जनता का स्वास्थ्य और पोषण स्तर और खराब होगा। नई आर्थिक सुधार नीतियों के चलते इस

बार का केन्द्रीय बजट सार्वजनिक वितरण प्रणाली से पूर्ण रूप से हटने की बात कह चुका है, व इसकी जिम्मेदारियों को वह प्रदेशों को सुपुर्द करने की बात कर रहा है। राज्यों के पास संसाधनों की वैसे भी कमी है जिसके कारण वे सार्वजनिक वितरण प्रणाली का बोझ उठाने की स्थिति में नहीं है. यदि केन्द्र ने अपनी नीति न बदली तो उत्तर प्रदेश जैसे राज्य में जनता के स्वास्थ्य और पोषण की स्थिति अत्यन्त भयावह हो जायगी।

आवास :

एक अरब से अधिक जनसंख्या वाले हमारे देश में लगभग एक तिहाई लोगों के पास ठीकठाक मकान नहीं हैं जबकि उचित शारीरिक और मानसिक विकास के लिए परिवार के सभी सदस्यों के लिए अलग–अलग कमरे तथा मकान में अन्य मूलभूत
सुविधाओं जैसे रसोई, स्नानघर, शौचालय आदि का होना आवश्यक है. उत्तर प्रदेश के शहरी क्षेत्रों के लगभग 70 प्रतिशत मकान तथा ग्रामीण क्षेत्रों के 65 प्रतिशत मकान एक या दो कमरों के हैं। औसतन 5 से 8 सदस्यों के परिवार के पास 2 से 5 कमरों का मकान है जो आवश्यकता से बहुत कम है। राज्य के सबसे गरीब 30 प्रतिशत लोग बहुत बुरी स्थिति वाली झुग्गी झोंपड़ियों में रह रहे हैं जहाँ साफ पीने के पानी, शौच आदि की कोई व्यवस्था नहीं है। बढ़ते शहरीकरण और शहरों में चलने वाले सौंदर्यीकरण आदि के कारण इनको उजाड़ा जाता रहता है। शहरी क्षेत्रों में बढ़ती जनसंख्या तथा गांवों में रोजगार न मिलने के कारण ग्रामीण क्षेत्र से शहरों में बढ़ते पलायन के फलस्वरूप आवासीय समस्या बढ़ती जा रही है। 1971 में उत्तर प्रदेश की शहरी जनसंख्या 12.38 मिलियन थी जो 1981 में 19.90 मिलियन तथा 1991 में 27. 65 मिलियन हो गई। इसके 2001 में 35 मिलियन तक होने की सम्भावना है।
शहरी आवास पर राज्य सरकार द्वारा बनाये गये कार्य समूह ने अनुमान लगाया था कि आठवीं पंचवर्षीय योजना के शुरू में 1.2 मिलियन आवासों की कमी होगी। 9वीं योजना में ग्रामीण आवासीय आवश्यकताओं को देखने व समझने के लिए अलग से कोई विभागीय व्यवस्था नहीं है। राज्य स्तर पर ग्रामीण आवास के पहलुओं को देखने के लिए कोई अलग विभाग नहीं है। ग्रामीण आवास के विभिन्न पहलू वर्तमान में कई मिले जुले विभागों द्वारा देखे जा रहे हैं। आवासीय बोर्ड तथा विकास अभिकरण अधिकतर शहर आधारित हैं इसलिए ग्रामीण आवासीय नेटवर्क तैयार करने की ज़रूरत है जो ग्रामीण आवासीय आवश्यकताओं के बारे में चिंतन कर सके। प्रदेश के ग्रामीण क्षेत्रों के 44 प्रतिशत परिवार एक कमरे के मकानों में रह रहे हैं और 29 प्रतिशत 2 कमरे वालों में। उ.प्र. हरिजन एवं निर्बल वर्ग आवास योजना अस्सी के दशक के शुरू में चलाई गई थी, फिर उनकी जगह 2 अक्टूबर 1988 को निर्बल वर्ग ग्रामीण आवास योजना

चलाई गई। वर्ष 1996–97 से राज्य सरकार ने इन्दिरा आवास योजना को एक स्वतन्त्र योजना का रूप दे दिया। इस योज़ना का उद्देश्य ग्रामीण क्षेत्रों में अनुसूचित जातियों / जनजातियों, मुक्त बंधुआ मज़दूरों तथा गरीबी रेखा के नीचे बसर करने वाले गैर अनुसूचित जाति/जनजाति के ग्रामीण गरीबों को निःशुल्क मकान मुहैया करना था इसमें स्वच्छ शौचालय, कम ईंधन वाले चूल्हे, पेयजल आपूर्ति की व्यवस्था का भी प्रावधान है। इन सबके बावजूद ग्रामीण क्षेत्रों में कच्चे मकानों की अधिकता है जिनमें रसोई की अलग व्यवस्था नहीं है। शौच आदि की व्यवस्था अधिकतर मकानों में नहीं है और अधिकतर ग्रामीण खुले खेतों में शौच जाते हैं जो वातावरण को दूषित करने के साथ साथ संकामक बीमारियों को फैलाने का कारण बनता हैं।

प्रदेश में घरों में बिजली, शुद्ध पेयजल व शौच की सुविधाओं का स्तर इस तालिका से स्पष्ट हो जाता है। अधिकतर सुविधाओं की उपलब्धता राष्ट्रीय औसत से काफी कम है जो कि चिन्ताजनक है। देश की स्वतंत्रता के 50 से अधिक वर्षों बाद भी प्रदेश में मूलभूत सुविधाओं से रहित घरों की संख्या 33 प्रतिशत है जो हमारे लिए वास्तव में शर्म की बात है। इस स्थिति से उबरने के लिए तुरन्त गम्भीर प्रयासों की आवश्यकता है। इन सभी मूलभूत सुविधाओं के न होनें के कारण नागरिकों के स्वास्थ्य पर बहुत खराब प्रभाव पड़ता है। प्रदेश के गांवों में आमतौर पर ईंधन के लिए लकड़ी और गोबर के उपलों आदि का प्रयोग होता है। परम्परागत चूल्हों से निकलने वाले धुंये का महिलाओं के स्वास्थ्य पर बहुत बुरा प्रभाव पड़ता है। हालांकि सरकार और स्वयंसेवी संस्थायें सुधरे चूल्हों का प्रचार कर रही है पर इनका प्रयोग करने वालों की संख्या अभी नगण्य है। पर्यावरण क्षरण के कारण ग्रामीण गरीबों को ईंधन के लिए लकड़ी लाने में अब पहले

के मुकाबले अधिक समय खर्च करना पड़ रहा है। रसोई गैस का उपयोग पिछले दशक के उत्तर मध्य के बाद से बढ़ा है लेकिन ग्रामीण क्षेत्रों में यह अमीर वर्ग तक सीमित है।

पीने का पानी :

साफ पानी का स्वास्थ्य से अभिन्न संबन्ध है। स्वस्थ्य रहने व उत्पादक क्षमता बनायें रखने के लिए साफ पीने का पानी अति आवश्यक है। दूषित पानी अनेक बीमारियों को न केवल जम्म देता है बल्कि फैलाता भी है। राज्य में पीने के पानी की आपूर्ति उ0प्र0 जल निगम द्वारा की जाती है। एक सर्वे के अनुसार शहर/कस्बों के गरीब तबकों के परिवारों से 93 प्रतिशत परिवारों के पास पानी के अपने स्रोत नही थे तथा वे सार्वजनिक ट्यूबवैल या नल पर निर्भर थे। गरीबी रेखा से नीचे रह रहे परिवारों के संदर्भ में यह प्रतिशत 96 प्रतिशत था। 1991 के अनुसार आंकडों के अनुसार राज्य के 689 शहरों/कस्बों में से पाइप पानी आपूर्ति केवल 616 में उपलब्ध थी। जनसंख्या की लगातार वृद्वि के चलते इन सेवाओं का स्तर और भी खराब होता जा रहा है।

अधिकतर शहरों में जल प्रदाय व्यवस्था की जल भंडारण क्षमता भी आवश्यकता से बहुत कम है। इसके कारण बिजली की अनियमित आपूर्ति के कारण पानी की सप्लाई

भी प्रभावित होती है जिससे शहरी लोगों को बहुत कष्ट उठाना पडता है।

ग्रामीण पेयजल आपूर्ति :

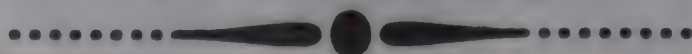
ग्रामीण क्षेत्र की जलापूर्ति कुओं, ट्यूबवेलों, हैण्ड पम्पों पर आधारित है। छठी पंचवर्षीय योजना में ग्रामीण क्षेत्रों में पेयजल की उपलब्धता बढ़ाने के प्रयास के तौर पर समस्याग्रस्त गाँवों में हैण्ड पम्प लगाने के प्रयास किये गये, वर्ष 1985 में सरकार द्वारा कराये गये एक सर्वेक्षण के अनुसार 78050 गाँवों को पेयजल आपूर्ति कराने हेतु चिन्हित किया गया। हैण्ड पम्प लगाने का मापदंड हर 250–300 व्यक्तियों पर एक तथा 2 हैण्ड पम्प प्रति गाँव रखा गया था जिनमें से एक पम्प दलित बस्ती में लगना था। हालांकि सरकार के आंकड़ों के अनुसार हैण्ड पम्पों की संख्या 1985–86 में 73,965 से 1992 में 3,02,935 तक पहुँच गई थी पर आज भी खराब तथा बेकार हो चुके हैंडपंपों की संख्या बहुत अधिक है। अगर जमीनी वास्तविकता को देखा जाए तो काफी संख्या में ऐसे गाँव है जहाँ हैण्ड पम्प समृद्व लोगो के घर के पास लगे है तथा दलित एवं भूमिहीन लोगों को अनेक समस्याओं का सामना करना पडता है।

स्वच्छता प्रबन्धन :

संक्रामक बीमारियों के फैलने का प्रमुख कारण स्वच्छता की कमी है। अनियोजित मल विसर्जन कूडें के ढेर और कीचड़ भरी नालियां व गडढे भरी सड़कें सभी संक्रामक रोगो के लिए खुला निमंत्रण है। गाँव और शहर दोनों में ही गन्दगी से जलाशय दूषित होते हैं जिससे प्र्यावरण प्रदूषण फैलता है और मनुष्यों तथा पशुओं को अनेक बीमारियों का शिकार होना पड़ता है। सफाई के क्षेत्र में जनता की सहभागिता के अभाव में कुछ भी होना असंभव है। जनता में अनेक कारणों से सार्वजनिक स्थानों पर सफाई बनाये रखने के प्रति चेतना नहीं जाग्रत हो पाई है। जनता की निर्भरता सफाई के मामले में सरकार पर बढ़ती जा रही है। इसे परिवर्तित करने और सफाई में समुदाय की सहभागिता बढ़ाने की आवश्यकता है।

प्रदेश में मूलभूत सेनिटरी सुविधाएँ बहुत कम हैं। वर्ष 1981 में शहरी जनसंख्या का 25 प्रतिशत एवं ग्रामीण जनसंख्या का 0.5 प्रतिशत ही सेनिटरी सुविधाओं तक पहुँच रखता था जो कि 1985 में शहरी 28.4 प्रतिशत व ग्रामीण 0.7 प्रतिशत तक पहुंच सका। 1981–90 का दशक अंतर्राष्ट्रीय सेनिटेशन दशक के रूप मे मनाया गया पर इसके लक्ष्य शहरों में 50 प्रतिशत तथा ग्रामीण क्षेत्र में 25 प्रतिशत ही पूरे हो सके। वर्ष 1991 में कम लागत सेनिटेशन कार्यक्रम के अन्तर्गत केन्द्र तथा राज्य सरकारों ने सूखे शौचालयों को फलश पानी सील शौचालयों में परिवर्तित करने की योजना उ0प्र0 जल निर्माण निगम के माध्यम हो उ0प्र0 के 20 शहरों में शुरू की गयी थी। यह योजना अब

उ0प्र0 के 500 शहरों में चल रही है। इसमें नये शौचालयों के निर्माण में आने वाला 50 प्रतिशत खर्च लाभार्थियों को ऋण के रूप में दिया जाता है तथा सामुदायिक शौचालयों के निर्माण के लिए शत प्रतिशत सहायता प्रदान की जाती है। अब विभिन्न अन्य सरकारी एवं गैर सरकारी एजेन्सियां भी इस क्षेत्र में कार्यरत हैं। कपार्ट/विश्व बैंक के द्वारा अनुदान प्राप्त परियोजनाएं इस क्षेत्र में चल रही है। परन्तु जनसंख्या की आवश्यकताओं को देखते हुए शौचालयों की संख्या बहुत कम हैं। सामुदायिक शौचालय अनेक कारणों से लोगो में लोकप्रिय नही है। इसके मुख्य कारणों मे पानी की कमी तथा अन्य कारण हैं। सार्वजनिक शौचालय केवल 15–20 प्रतिशत लोगो द्वारा ही इस्तेमाल किये जा रहे है। वर्ष 2000 में राष्ट्रीय स्तर पर भी 3768 शहरों/कस्बों में से केवल 252 प्रथम श्रेणी शहरों में ही आंशिक सीवरेज सुविधाए उपलब्ध है । सेनीटेशन सुविधाओं में सुधार के लिए इस दशक मे काफीं निवेश की आवश्यकता है। नौवी पंचवर्षीय योजना के कार्य समूह के अनुसार पूरी पेयजल आपूर्ति तथा 75 प्रतिशत सेनीटेशन एवं सीवरेज सुविधाओं को उपलब्ध करने के लिए 51284 करोड़ रूपयों की जरूरत होगी। योजना आयोग शहरी क्षेत्र के लिए केवल 18624 करोड़ रूपया ही उपलब्ध करा पायेगा जो कुल योजना खर्च का 2.17 प्रतिशत है। ग्रामीण पेयजल व सेनीटेशन के लिए 2000–2001 के बजट में केन्द्रीय प्रावधान 2100 करोड़ रूपया का रखा गया था पर विगत वर्षो के अनुभवों को देखते हुये इसका एक भाग अनुप्रयुक्त पड़ा रह सकता है अथवा इसे किसी अन्य क्षेत्र में भेजा जा सकता है। यह एक विडंबना है कि आजादी के बाद आधी शताब्दी से अधिक समय बीतने के बावजूद आज देश के चंद लोगो के पास अधिकतर संसाधन और सुविधाएं हैं जबकि बहुसंख्यक गरीब और दलित अपनी जीविका चलाने के मूलभूत साधनों और सुविधाओं से भी वंचित हैं। समाज के दलित तबके को राजनीतिक और आर्थिक असमानता के साथ जिस सामाजिक असमानता, छुआछूत और भेदभाव का सामना करना पड़ता है उसके कारण उनका पूरा जीवन नर्क बन जाता है।

यदि उ0प्र0 में 'सभी के लिए स्वास्थ्य' का लक्ष्य प्राप्त किया जाना है तो प्राथमिक शिक्षा, गरीबी निवारण, मूलभूत ढांचा मजबूत करने, आर्थिक सामाजिक विषमताओं को दूर करने, आदि को उच्च प्राथमिकता देनी होगी। उ0प्र0 आज पिछड़ेपन, क्षेत्रीय असंतुलन, सामाजिक असमानता, कुपोषण के कारण फैलने वाली बीमारियों, बाल मजदूरी, महिलाओं पर अत्यधिक काम का बोझ, अज्ञान आदि का शिकार है। प्रदेश में स्वास्थ्य समस्या को सामाजिक आर्थिक जरूरतों व सामाजिक असमानताओं के परिपेक्ष्य में दंखे जाने और इन समस्याओं को दूर करने के लिए सरकार तथा समाज सभी को असाधारण प्रयास करने की आवश्यकता है।

उत्तर प्रदेश में स्वास्थ्य सुविधाएं

इतिहास

उत्तर प्रदेश में व्यवस्थित सामुदायिक स्वास्थ्य का इतिहास काफी पुराना है। महारानी विक्टोरिया ने यहाँ के मातृत्व और शिशु मृत्यु की गम्भीर स्थिति को देखते हुए वाईसराय लार्ड डफरिन को निर्देश दिया था कि इसे घटाने के लिए कोई व्यवस्था की जायें। इसी निर्देश के आधार पर डफरिन निधि की स्थापना हुई और जनपद स्तर पर महिलाओं के लिए डफरिन अस्पताल भी स्थापित किये गये। स्वास्थ्य शिक्षा के महत्व को समझते हए सन् 1920 में स्टेट हाईजीन इन्सीट्यूट और स्टेट हाईजीन पब्लीसिटि ब्युरो की भी स्थापना हुई। साथ ही 14 शहरों में स्कूल स्वास्थ्य कार्यक्रम शुरू किया गया। स्वतन्त्रता के बाद राष्ट्रीय स्तर पर कई समितिया विठाई गई (भोर, मुदलियार, श्रीवास्तव, चड्डा, आदि) और उनके सुझाव के मुताबिक ग्रामीण स्वास्थ्य सेवाए व प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों की स्थापना भी की गई इन व्यवस्थाओं के माध्यम से ग्रामीण जनता को न केवल चिकित्सा सुविधा देने में रूचि थी बल्कि एकीकृत व समग्र स्वास्थ्य सुविधाओं तक उनकी पहुँच बढाने का सपना भी था। प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों के माध्यम से सात भिन्न प्रकार की सुविधा प्रदान करने की बात की गई थी –

- चिकित्सकीय/रेफरल सुविधा
- संक्रामक रोगों का नियंत्रण
- पर्यावरणीय स्वच्छता
- मातृ, शिशु स्वास्थ्य सुविधा (जिसका एक हिस्सा परिवार कल्याण हैं)
- स्कूल स्वास्थ्य कार्यक्रम
- आवश्यक आँकड़े इकट्ठा करना

साठ के दशक में कई राष्ट्रीय कार्यक्रमों का संचालन भी किया गया जैसे – राष्ट्रीय मलेरिया उन्मूलन कार्यक्रम, राष्ट्रीय ट्रैकोमा नियत्रण कार्यक्रम आदि। पर सत्तर के दशक से परिवार नियोजन कार्यक्रम सब पर हावी हो गया और उसी के साथ ही साथ अन्य कार्यक्रमों की प्राथमिकता घट गई। उत्तर प्रदेश की जनसंख्या देश में सबसे अधिक होने के कारण आज भी परिवार कल्याण (परिवार नियोजन का परिवर्तित नाम) कार्यक्रमों की प्राथमिकता बनी हुई है।

उत्तर प्रदेश में सरकारी स्वास्थ्य कार्यक्रम : वर्तमान स्थिति

व्यवस्था : उत्तर प्रदेश में (देश के अन्य स्थानों की तरह) प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र,

सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र आदि के माध्यम से सरकार अपनी स्वास्थ्य सुविधाएं जनता तक पहुँचाती है। निर्धारित मानकों के अनुसार इन केन्द्रों की स्थापना की जाती है। इनमें पायी जाने वाली सुविधाओं, औजार सामग्री, प्रशिक्षित कर्मचारी और चिकित्सकों के भी मानक है। उत्तर प्रदेश में विदेशी अनुदान और उदाहरण के आधार पर कई परियोजनाएं लागू की गयी हैं (जैसे आई.पी.पी, आई.पी.पी.(दो), आई.पी.पी.(चार), सोशल नेटसेफटी मेट, सिफसा आदि) जिनके माध्यम से इन सुविधाओं को अधिक प्रभावी बनाने का प्रयास भी किया गया है। लेकिन इतने सारे प्रयासों के बावजूद वर्तमान स्थिति इस प्रकार है :–

ढ़ाँचागत सुविधा

उत्तर प्रदेश की जनसंख्या वृद्धि दर देश की जनसंख्या वृद्धि दर से ज्यादा होने के बावजूद 1980–1995 के पंद्रह सालो में कोई भी केन्द्र की स्थापना नहीं हुई। 1995 के बाद नये स्वास्थ्य केन्द्र जोड़े गये है। लेकिन ध्यान देने वाली बात यह है कि लगभग 3900 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में से केवल 907 केन्द्र हैं जहाँ उपरोक्त सात सुविधाएं उपलब्ध है। बाकी में केवल चिकित्सकीय सुविधा उपलब्ध है। ग्रामीणों को शायद ही यह सुविधा भी पूरी तरह मिलती होगीं।

मानव संसाधन

स्वास्थ्य सुविधा के लिए यह पर्याप्त नहीं है कि केवल स्वास्थ्य केन्द्र बनें, इन केंन्द्रों के कार्य करने के लिए स्वास्थ्य कर्मियों की आवश्यकता भी होती है। पूरी स्वास्थ्य व्यवस्था का सबसे महत्वपूर्ण व्यक्ति ए.एन.एम. है। यदि चिकित्सक के स्तर पर लगभग 2500 स्थान रिक्त है यह कुल स्वीकृत पदों का 28 प्रतिशत महिला चिकित्सकों के लिए यह अंक कम है (7 प्रतिशत) पर फिर भी अधिकतर ग्रामीण स्वास्थ्य केन्द्रों में महिला चिकित्सक नहीं मिलती। ए.एन.एम. के स्तर पर यहीं अंक लगभग 12000 हो जाता है।

सन् 1995 में की गई उ0प्र0 के एक जनपद के स्वास्थ्य व्यवस्था की समीक्षा इस प्रकार थी (इस अध्ययन का मूल लक्ष्य प्रजनक स्वास्थ्य सुविधाएं थी)

- प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में उपलब्ध प्रजनक स्वास्थ्य सुविधाओं का विस्तार सीमित है।
- गर्भपात और प्रजनन संक्रमण के लिए जाँच लगभग अनुपलब्धता, प्रशिक्षित लोग और आपूर्ति का अभाव
- 60 प्रतिशत से अधिक गाँवों में स्वास्थ्य सुविधाएं, प्राईवेट ग्रामीण

चिकित्सक द्वारा उपलब्ध करवायीं जाती है। यहाँ प्राईवेट ग्रामीण चिकित्सक अधिकतर अप्रशिक्षित है।

- प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में बिजली, पानी, शौचालय, आदि की व्यवस्था सीमित है। केवल 40 प्रतिशत प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में आपरेशन थियेटर हैं, और केवल 50 प्रतिशत शय्यायें उपयोग लायक है।
- 25 प्रतिशत उप केन्द्रो में ही परीक्षण मेज, स्टेरिलाईजर या आला मौजूद था।
- ए.एन.एम. व पुरूष चिकित्सक सभी प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में मौजूद है। महिला चिकित्सक का पद लगभग खाली है। एल.एच.बी. और सेक्टर सुपरवाईजर के पद भी रिक्त है।

स्वास्थ्य कार्यक्रम :

उ0प्र0 में कई राष्ट्रीय कार्यक्रम संचालित किये जा रहे है। उनकी प्रगति इस प्रकार है –

राष्ट्रीय कुष्ठ निवारण कार्यक्रम :

पिछले 15 सालो में कुष्ठ रोग की व्यापकता में कमी आई है पर आज भी हर साल 50,000–80,000 नये कुष्ठ रोगियों की खोज हो रही है। सन् 2000 तक व्यापकता दर को 5.1/10,000 से 1/10,000 लाने के लक्ष्य से 1998–99 में जो नये भौतिक लक्ष्य रखे गये थे वे साल के अन्त तक बहुत दूर थे।

राष्ट्रीय क्षय नियंत्रण कार्यक्रम :

राज्य में यह कार्यक्रम सन् 1968 से चल रहा है। जिसके अन्तर्गत जिला मुख्यालयों में टी.बी. क्लीनिकों की स्थापना की गई है। वर्तमान में 83 जनपदों में से (उत्तरांचल को मिलाकर) 57 में टी.बी. क्लीनिक हैं। लेकिन इतनी व्यवस्था के बावजूद इस कार्यक्रम में अपेक्षित उपलब्धि प्राप्त न होने के कारण, कार्यक्रम का ढाँचा बदला गया है। यह पुनरीक्षित कार्यक्रम चरणबद्ध तरीके से पूरे राज्य में फैलाने की बात की जा रही है। वर्तमान व्यवस्था में एड्स के कारण भी क्षय रोग में विस्तार होने की सम्भावना है। पुनरीक्षित कार्यक्रम में नये रोगी खोज दर का अपेक्षित लक्ष्य 135 प्रति लाख था पर उपलब्धि केवल 14 प्रति लाख (1998–1999) हो पायी है। इससे यह स्पष्ट है कि नये रोगी खोज का तरीका अभी भी प्रभावी नहीं है।

राष्ट्रीय मलेरिया उन्मूलन कार्यक्रम :

यह कार्यक्रम राज्य में 1953 से चल रहा है। आज भी राज्य में मलेरिया का प्रकोप जारी

है। फाल्सीपरम मलरिया राज्य में पाया जा रहा है और हर साल कुछ मौतें मलेरिया से सम्भावित होती है।

इसके अलावा राज्य में निम्न कार्यक्रम चल रहे हैं –

- राष्ट्रीय फाईलेरिया नियंत्रण कार्यक्रम
- राष्ट्रीय आयोडीन डिफीशियन्सी डिसआडर्स नियंत्रण कार्यक्रम
- राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम
- राष्ट्रीय परिवार कल्याण कार्यक्रम

खेद की बात तो यह है कि इन सारे कार्यक्रमों का संचालन सीधा (वर्टिकल) किया जाता हैं और इनमें आपसी समन्वय कम होता है।

सरकारी स्वास्थ्य कार्यक्रम एवं विदेशी ऋण (अनुदान) :

आर्थिक उदारीकरण के साथ–साथ स्वास्थ्य के नाम पर विदेशी ऋण और अनुदान मिलना भी आसान हो गया है। वर्तमान में राज्य स्वास्थ्य कार्यक्रम में विदेशी धन से वित्त पोषित कई परियोजनाएं चल रही हैं। जिनमें मुख्य है –सिफ्सा परियोजना (परिवार कल्याण कार्यक्रम), आर.सी.एच. कार्यक्रम एवं उ0प्र0 हैल्थ सिस्टम डेवेलपमेन्ट प्रोजक्ट। इन कार्यक्रमों (और इस से पहले के आई पी.डी. प्रथम, द्वितीय परियोजनाओं) में अरबों रूपये खर्च होते है। नयी इमारतें बनती है व प्रशिक्षण कार्यक्रम चलाए जाते है। गाड़ी खरीदी जाती है, लेकिन जनता पर इनका प्रभाव बहुत ज्यादा नहीं दिखता। इन कार्यक्रमों के कारण सरकार ने अपने विभागों में नये कर्मचारी नियुक्त करना कम कर दिया हैं और वैकल्पिक गैर सरकारी संस्थाओं का गंठन कर इनका संचालन किया जा रहा है। नियमित स्वास्थ्य सुविधाओं को भी कम कर, कभी–कभी कैम्प आयोजित कर स्वास्थ्य सुविधा देने की बात की जा रही है। साथ ही गरीबों के लिए निःशुल्क स्वास्थ्य सेवा भी बन्द कर सेवा शुल्क पूरी तरह लागू करने का दबाव है। इतने सारे सुधारों के बाद भी गरीबों के लिए सरकारी स्वास्थ्य की सुविधाएं दूर चली जा रही है और स्वास्थ्य का उनका मौलिक अधिकार छिन रहा है।

सरकारी सुविधाओं तक लोगों की पहुँच :

उत्तर प्रदेश में सरकारी स्वास्थ्य व्यवस्था का ढाँचा बहुत व्यापक है और इस के अन्तर्गत 5000 से ऊपर राजकीय चिकित्सालय और 60000 से ऊपर शैय्यायें हैं। लेकिन इतनी वृहद व्यवस्था होने के बावजूद इस राज्य की जनता सरकारी स्वास्थ्य सुविधाओं का बहुत ही कम उपयोग करती है। नेशनल सैम्पल सर्वे (1995–95) के मुताबिक 90 प्रतिशत से ऊपर जनता प्राईवेट डॉक्टरों से इलाज करवाना पसन्द करती

है। लोगों के सरकारी सुविधाएं न प्रयोग करने के पीछे मुख्य कारण निम्नवत है–

- सरकारी सेवाओं में दवाई और सुविधाओं के लिए ऊपरी मांग होने के कारण खर्चा अधिक होता है।
- इतना खर्च करने के बाद भी सरकारी कर्मचारी, मरीज़ और उसके साथियों के साथ ढंग से व्यवहार नहीं करते हैं
- सफाई और अन्य आवश्यक व्यवस्थाओं की कमी
- उचित सेवा नहीं मिलती या चिकित्सक अनुपलब्ध रहते है
- एन.एफ.एच.एस–द्वितीय के अनुसार उ0प्र0 में शादी–शुदा महिलाओं में केवल 3.2 प्रतिशत महिलाओं ने ही पिछले 1 साल में किसी स्वास्थ्य कर्मी द्वारा मिलने आने की बात की।
- बहुत ज्यादा रूकना पड़ता है।

यदि चिकित्सा सुविधा को छोड़ कर मातृशिशु सुविधाओं को देखा जाए जिनके अन्तर्गत सरकारी स्वास्थ्य कर्मचारी को खुद लोगों के पास पहुँचना होता है तो स्थिति उतनी ही गंभीर नज़र आती है। 1993 में किए गये बेसलाईन सर्वे में पाया गया था कि पिछले 3 महीनों में केवल 16 प्रतिशत परिवारों से ही किसी स्वास्थ्य कार्यकर्ता ने सम्पर्क किया था। 1997 में आगरा (जिसे उत्कृष्ट जनपद मानकर 1995 से विशेष ध्यान दिया जा रहा था) में यह पाया गया कि 84 प्रतिशत परिवारों को पिछले 3 माह में स्वास्थ्य कर्मी ने सम्पर्क नहीं किया था।

1993 बेसलाईन सर्वे के कुछ चयनित जनपदों के आँकड़े

जनपद	शहरी महिलाओं से सम्पर्क	ग्रामीण महिलाओं से सम्पर्क
शाहजँहापुर	6 प्रतिशत	16 प्रतिशत
गोरखपुर	3 प्रतिशत	18 प्रतिशत
गोण्डा	8 प्रतिशत	12 प्रतिशत

निजी क्षेत्र में स्वास्थ्य सुविधाएं :

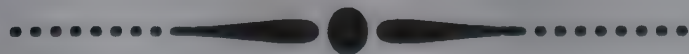
जहाँ सरकारी क्षेत्र की स्वास्थ्य सुविधाओं का प्रयोग इतना कम है, वहाँ स्पष्ट है कि लोग निजी क्षेत्र की स्वास्थ्य सुविधाओं का प्रयोग कर रहे हैं। इन प्राईवेट सुविधाओं को हम निम्न प्रकार वर्गीकृत से कर सकते है–

- गाँव के स्तर पर पारम्परिक दाई (प्रशिक्षित व अप्रशिक्षित)
- गाँव के स्तर पर उपलब्ध पारम्परिक झाड़फूँक चिकित्सक/ओझा

- गाँव के स्तर पर उपलब्ध पारम्परिक जड़ी–बूटी चिकित्सक
- गाँव के स्तर पर/कस्बों में उपलब्ध अप्रशिक्षित चिकित्सक (इन्हें झोलाछाप भी कहा जाता है, और ये अप्रशिक्षित होने के बावजूद अंग्रेजी दवाइयों का प्रयोग करते हैं)
- प्रशिक्षित आयुर्वेदिक/होम्योपैथिक चिकित्सक
- प्रशिक्षित एलोपैंथिक चिकित्सक

इसके अतिरिक्त हजारों दवाई की दुकानों में दुकानदार दवाई बेचने के साथ–साथ चिकित्सा भी करते रहते हैं। राज्य में अधिकतर चिकित्सक अंग्रेजी चिकित्सा शास्त्र (एलोपैथी) में अप्रशिक्षित होने के बावजूद अंग्रेजी दवाई का प्रयोग बहुत अधिक करते हैं। ग्रामीण जनता का अंग्रेजी दवाई और सुई पर विश्वास अधिक होने के कारण आयुर्वेद में प्रशिक्षित चिकित्सक भी अग्रेजी दवाइयों का प्रयोग करते हुए पाये जाते हैं।

प्रशिक्षित चिकित्सकों की अधिक संख्या शहरी क्षेत्रों में पाई जाती है और ग्रामीण क्षेत्रों की चिकित्सा का भार अप्रशिक्षित चिकित्सकों के ऊपर होता है। शहरी क्षेत्र में प्रशिक्षित एलोपैथिक चिकित्सक नर्सिगं होम के माध्यम से शल्य चिकित्सा व अन्य प्रकार की विशेषज्ञ चिकित्सा सेवा प्रदान करते हैं। लेकिन खेद की बात तो यह है कि राज्य की राजधानी में भी इन नर्सिगं होमों में प्रदत्त सेवाओं की गुणवत्ता पर ध्यान नहीं दिया जाता है।

राज्य में अधिकतर चिकित्सा सेवा निजी क्षेत्र में होने के कारण चिकित्सा के ऊपर लोगों का काफी खर्च हो जाता है। कई अध्ययनों में चिकित्सा और अस्पताल के खर्चे को गरीबी का एक महत्वपूर्ण कारण पाया गया है।

उत्तर प्रदेश में बाल स्वास्थ्य

बच्चे राष्ट्र के भविष्य हैं, बच्चे हमारे
सपनों की तामीर हैं। बच्चों का विकास
हमारा प्रथम दायित्व हैं ये नारे देश की आजादी
के समय से हर योजना में दुहराए जाते रहे हैं।

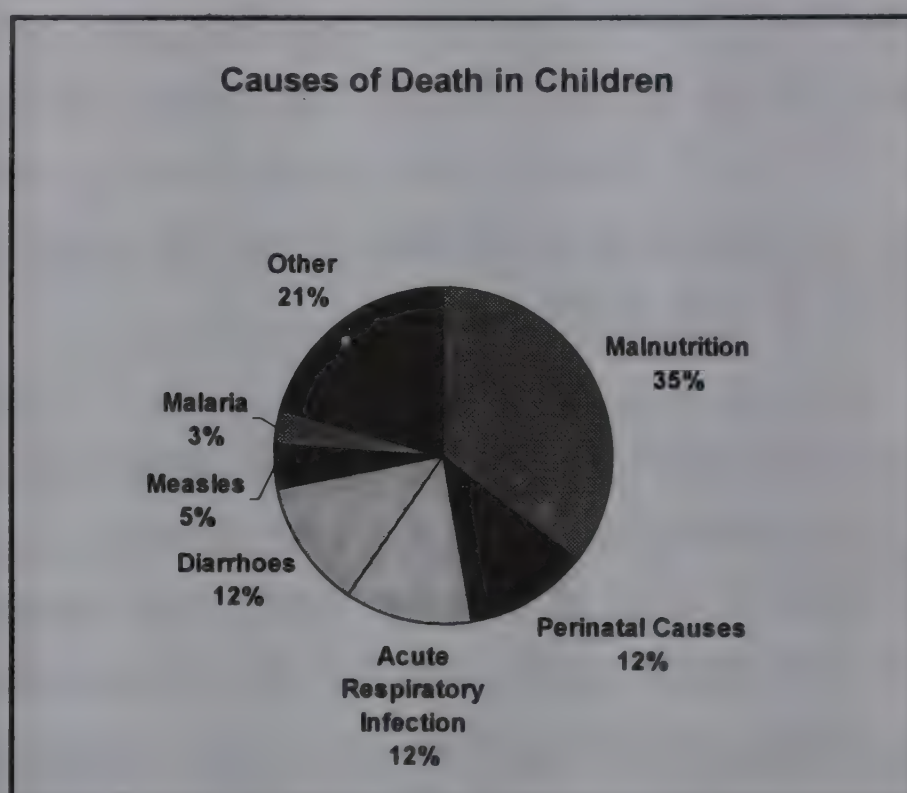
उ0प्र0 में बाल स्वास्थ्य की स्थिति देखने के लिए सबसे पहले हमें यह जानना आवश्यक होगा कि बाल अस्वस्थ्यता व मृत्युदर पर क्या प्रभाव पड़ रहा है। उ0प्र0 अधिक शिशु मृत्यु दर के कारण कुख्यात है। यहाँ शिशु मृत्यु दर 85 प्रति हजार है। जबकि राष्ट्रीय स्तर पर यह दर 71 प्रति हजार है। उ0प्र0 प्रोटीन इनर्जी कुपोषण की स्थिति में देश में दूसरा स्थान रखता है। प्रथम स्थान बिहार का आता है। उ0प्र0 में 55 प्रतिशत बाल मृत्यु दर कुपोषण के कारण होती है तथा शेष बच्चों में बौनापन, मंद बुद्धि तथा शारीरिक वजन में कमी काफी व्यापक है।

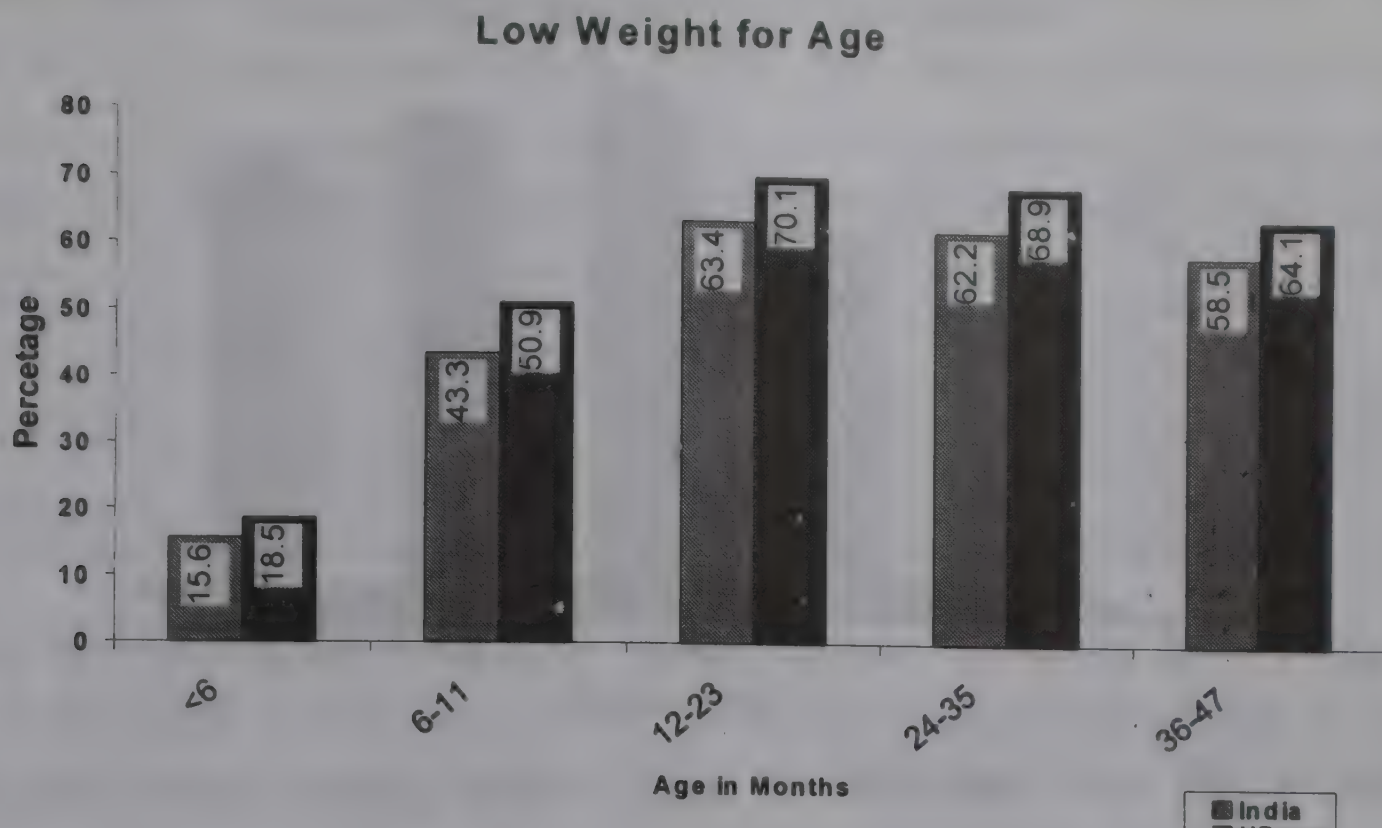
ज्ञातव्य है कि "कनवेंशन ऑफ दी राइट्स ऑफ दी चाइल्ड(सी.आर.सी.)" बच्चों के सर्वोत्कृष्ट स्वास्थ्य को प्राथमिकता देता है और इसमें अनुच्छेद 24.2(1989) में इस बात का उल्लेख है कि सरकारें बच्चों के सर्वागीण विकास तथा स्वास्थ्य और कुपोषण से बचाव के लिए हर संभव प्रयास करेंगीं। बच्चों के लिए विश्व सम्मेलन में(1990) कहा गया था कि सदी के अंत तक अति कुपोषण तथा सामान्य कुपोषण दर को आधा कर लिया जाएगा। भारत ने 1992 में बच्चों के लिए संयुक्त राष्ट्र द्वारा घोषित बाल अधिकार पत्र को अंगीकृत किया और अपनी राष्ट्रीय कार्ययोजना भी बनायी कि 2000 तक इसमें घोषित लक्ष्य प्राप्त कर लिए जायेगें।
आईये देखें उ0प्र0 में इस घोषणा पर क्या हुआ –

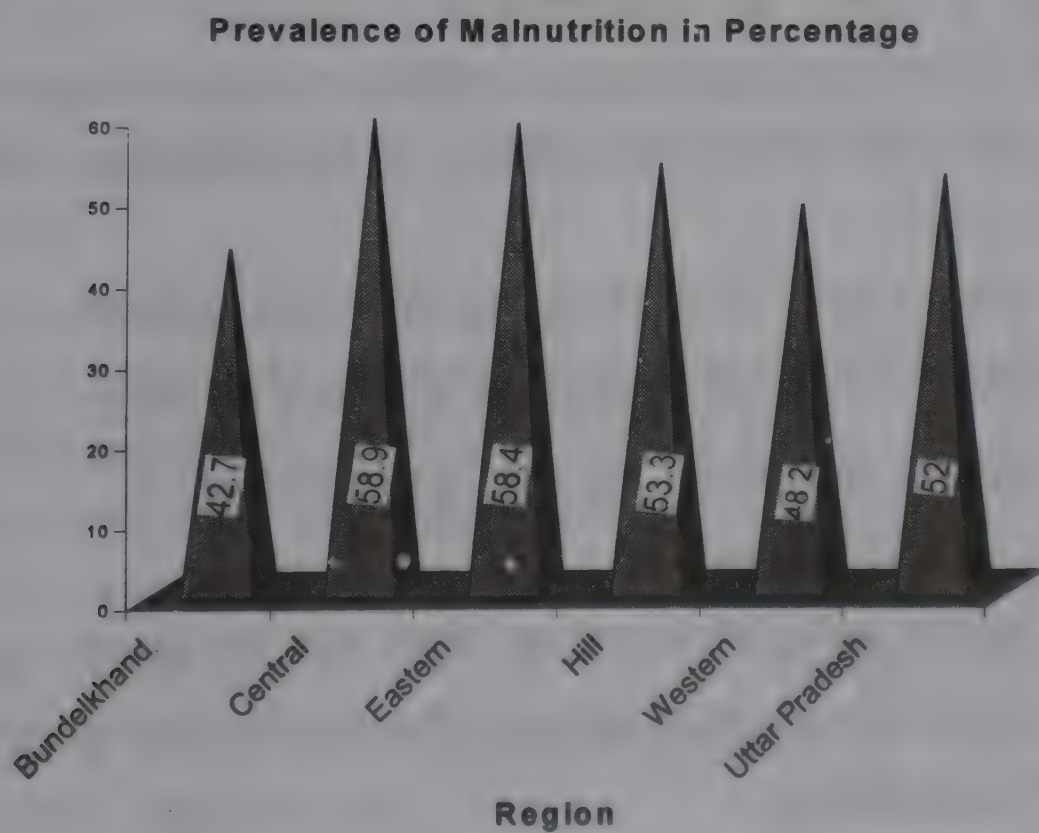
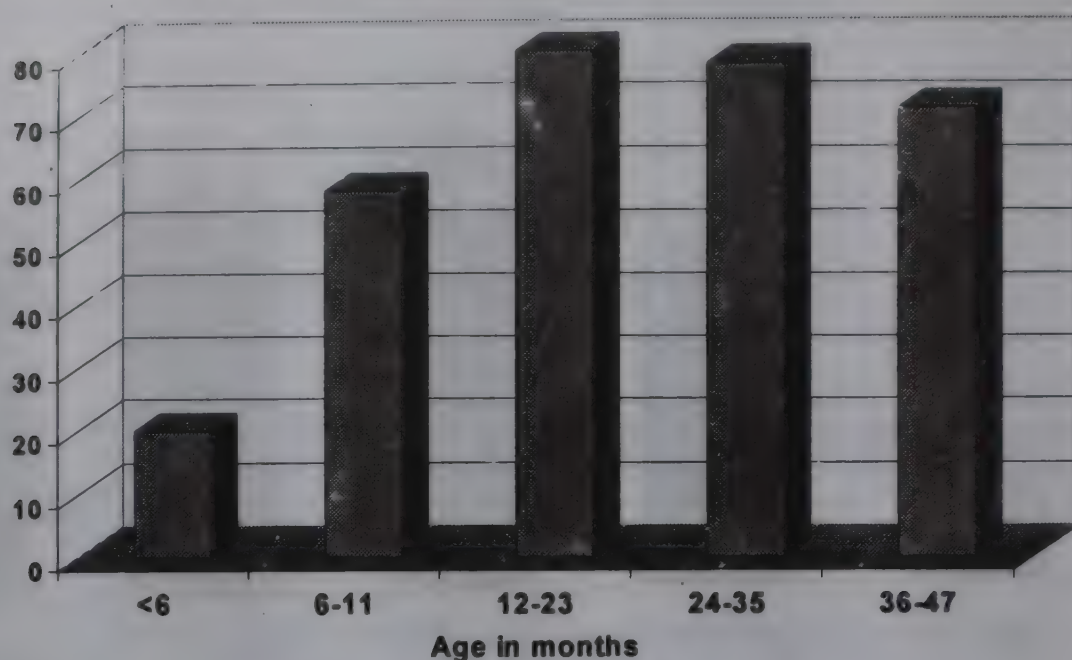
उ0प्र0 के बच्चों में कुपोषण :
कुपोषण से हमारा तात्पर्य उस स्थिति से है जब शरीर की आवश्यकतानुसार एक या एक से अधिक पोषक तत्वों की कमी पड़ जाये। ऐसा या तो पोषक तत्वों के भोजन में अभाव के कारण हो सकता है या संक्रमण/बीमारी के कारण इन तत्वों का अभाव हो जाता है या शरीर का पाचन तंत्र इन तत्वों को पचाकर शरीर में संग्रह न ही कर पाता है।

उ0प्र0 में बच्चों के कुपोषण में निम्न मुख्य हैं –

1. प्रोटीन इनर्जी कुपोषण (पी.इ.एम.)
2. अति सूक्ष्म पोषक तत्वों की कमी से जनित कुपोषण
   क. विटामिन ए की कमी से कुपोषण
   ख. आयोडिन की कमी से बीमारियां/दुष्प्रभाव
   ग. लोह तत्वों की कमी से बीमारियां/रक्ताल्पता

विश्व स्वास्थ्य संगठन के अनुसार विकासशील देशों में बच्चों की आधी मौतें कुपोषण के कारण होती हैं यथा –

उ0प्र0 में कुपोषण की स्थिति निम्नवत है:

1. विश्व के 16.70 करोड़ कुपोषित बच्चों में से आधे यानी 7.20 करोड़ कुपोषित बच्चे भारत में हैं और इसमें से 1.20 करोड़ अकेले उत्तर प्रदेश में हैं।
2. भारत का हर छठा कुपोषित बच्चा उ0प्र0 में रहता है।
3. 4 वर्ष से कम आयु के बच्चों के कुपोषण में उत्तर प्रदेश देश में दूसरा स्थान रखता है।
4. उ0प्र0 का हर तीसरा बच्चा कुपोषित पैदा होता है जो 2,500 ग्राम वजन से कम का होता है।
5. 10 में से 6 बच्चे (4 वर्ष से कम उम्र के) अर्थात कुल 1.20 करोड़ बच्चे कुपोषित है और इनमें से 25 लाख अति कुपोषित हैं।

क्षेत्रवार प्रोटीन इनर्जी कुपोषण की स्थिति :

पूरे उ0प्र0 में प्रोटीन इनर्जी कुपोषण की व्यापकता है किन्तु पूर्वी उत्तर प्रदेश तथा केन्द्रीय क्षेत्र में इसकी सघनता सबसे ज्यादा है। प्रोटीन इनर्जी कुपोषण की प्रदेश में स्थिति –

Prevalence of Malnutrition in Percentage

उ0प्र0 में अति सूक्ष्म पोषक तत्वों की कमी से जनित कुपोषण :

1. लोह तत्वों की कमी से होने वाली रक्ताल्पता से 10 में से 8 बच्चे कुप्रभावित हैं। हर दूसरा बच्चा, किशोरी बालिका लोह तत्वों की कमी की शिकार हैं
2. 5 में से 3 बच्चे अर्थात 60 प्रतिशत विटामिन ए की कमी से कुपोषित हैं। इसके कारण हर दसवें बच्चे की नेत्र ज्योति दुष्प्रभावित है।
3. सम्पूर्ण उ0प्र0 में आयोडिन की कमी के दुष्प्रभाव बच्चों में देखे जा सकते हैं (घेंघा रोग की व्यापकता 10 प्रतिशत है)

उत्तर प्रदेश में बच्चों का टीकाकरण :

हाल ही में सम्पन्न एन.एफ.एच.एस.–2 अध्ययन में राज्य में पूरे देश के मुकाबले टीकाकरण की स्थिति केवल एक छवीं है। एन.एफ.एच.एस.–2 में प्राप्त आँकड़ों के अनुसार –

- 57.5 प्रतिशत बच्चों की बी.सी.जी. का टीका लगा था(भारत – 71.6 प्रतिशत)
- 33.9 प्रतिशत बच्चों को डी.पी.टी. के टीके लगे थे (भारत – 55.1 प्रतिशत)
- 42.3 प्रतिशत को पोलिओं की तीन खुराक दिये गये थे (भारत – 50.7 प्रतिशत)
- 34.6 प्रतिशत बच्चों को खसरा का टीका लगा था (भारत – 50.7प्रतिशत)
- केवल 21.2 प्रतिशत बच्चों को सारे टीके नियमित रूप से लगे थे (भारत 42.0 प्रतिशत)
- 29.5 प्रतिशत बच्चों को कोई टीका नहीं लगा था(भारत 14.4 प्रतिशत)

उपरोक्त विवरण से यह स्पष्ट है कि उ0प्र0 में बच्चों के टीकाकरण की स्थिति काफी गंभीर है। दूसरे राज्यों के साथ तुलना के लिए कुछ आँकड़े नीचे दिये जा रहे हैं –

राज्य	बी.सी.जी.	3डी.पी.टी.	3पोलियो	सारे टीके	कोई टीका नहीं
उ0प्र0	57.5	33.9	42.3	21.2	29.5
केरल	96.2	88.0	88.4	79.7	2.2
तमिलनाडु	98.6	96.7	98.0	88.8	0.3
महाराष्ट्र	93.7	89.4	90.8	78.4	2.0

पिछले कुछ सालोंसे देश भर में पल्स पोलियों अभियान चलाया जा रहा है। खेद की बात है कि पिछले दिनों में इस अभियान के बावजूद उत्तर प्रदेश में पोलियो के केसों की खबर मिली है।

उत्तर प्रदेश में बच्चों की बीमारी :

दस्त और श्वसन तंत्र की बिमारियों को बच्चों के लिए सबसे घातक माना जाता है। इन दोनों बीमारियों पर काबू पाने के लिए पिछले कई सालों से प्रयास चल रहे हैं। एन.एफ.एच.एस.–2 में इन बीमारियों के बारे में जानकारी एकत्र की गई थी।
एन.एफ.एच.एस.–2 से प्राप्त जानकारी निम्नवत है –

- 21.19 प्रतिशत बच्चों (तीन साल से छोटे) को पिछले 2 हफ्ते खाँसी और सांस फूलने की शिकायत थी।
- 27.8 प्रतिशत बच्चों को इस अवधि के दौरान बुखार आया था।
- 23.3 प्रतिशत बच्चों (तीन साल से छोटे) को पिछले 2 हफ्ते दस्त की शिकायत थी।

इन आँकड़ों से स्पष्ट होता है कि यह तकलीफें कितनी व्यापक हैं। अब यदि हम इन बीमारियों का चिकिंत्सकीय पक्ष देखें तो नजर आता है कि –

- 60 प्रतिशत माताओं का ओ.आर.एस. पैकेट के बारे में पता था।
- 36.4 प्रतिशत माताओं को दस्त के खतरनाक लक्षणों के बारे में पता था।
- 62 प्रतिशत माताओं ने अपने बच्चों को दस्त होने पर किसी चिकित्सक को दिखाया था लेकिन वहीं पर 63.8 प्रतिशत माताओं ने निर्जलन रोकने का कोई प्रयास नहीं किया था।
- 61.3 प्रतिशत माताओं ने खांसी और सांस फूलने पर अपने बच्चों की किसी चिकित्सक को दिखाया था।

बच्चो की देख–रेख और बीमारी में उत्तर प्रदेश की स्थिति दूसरे राज्यों से अपेक्षाकृत ठीक है, और यहाँ माताएं अपने बच्चों के बारे में काफी चिन्तित हैं।

घर में स्वच्छ पानी की उपलब्धता और शौचालय के प्रबंध के साथ दस्त का घनिष्ठ रिश्ता है। एन.एफ.एच.एस.–2 अध्ययन में यह भी पाया गया कि राज्य के 85.6 प्रतिशत घरों में पाईप या हैण्ड पम्प द्वारा पीने का पानी की आपूर्ति हो रही थी, जबकि 26.5 प्रतिशत घरों में शौचालय की व्यस्था थी।

उत्तर प्रदेश में महिला स्वास्थ्य

पिछले तीन दशकों में दुनिया भर में महिला स्वास्थ्य की समझ में काफी परिवर्तन नजर आ रहा है। चिकित्सा स्वास्थ्य की वर्तमान व्यवस्था में महिलाओं को तब तक महत्व दिया जाता था जब तक वह माँ थी, या माँ बन सकती थी जिससे महिलाओं का स्वास्थ्य केवल मातृ शिशु स्वास्थ्य तक सीमित रह जाता था। महिलाओं की अन्य तकलीफों को अधिकतर काल्पनिक या मानसिक मानकर उनकी तरफ ज्यादा ध्यान नहीं दिया जाता था। महिलाओं की स्वास्थ्य समस्याओं को उनके जननागों और प्रजनन से जोड़ने की भी एक पुरानी परम्परा रही है। उदाहरणतः हिसटिरिया(उन्माद) शब्द की उत्पत्ति को गर्भाशय से जोड़ना। इस प्रकार की सोच कुछ चिकित्सकों में आज भी व्याप्त है और कई चिकित्सक महिलाओं की समस्याओं के लिए नींद की गोली देते रहते है।

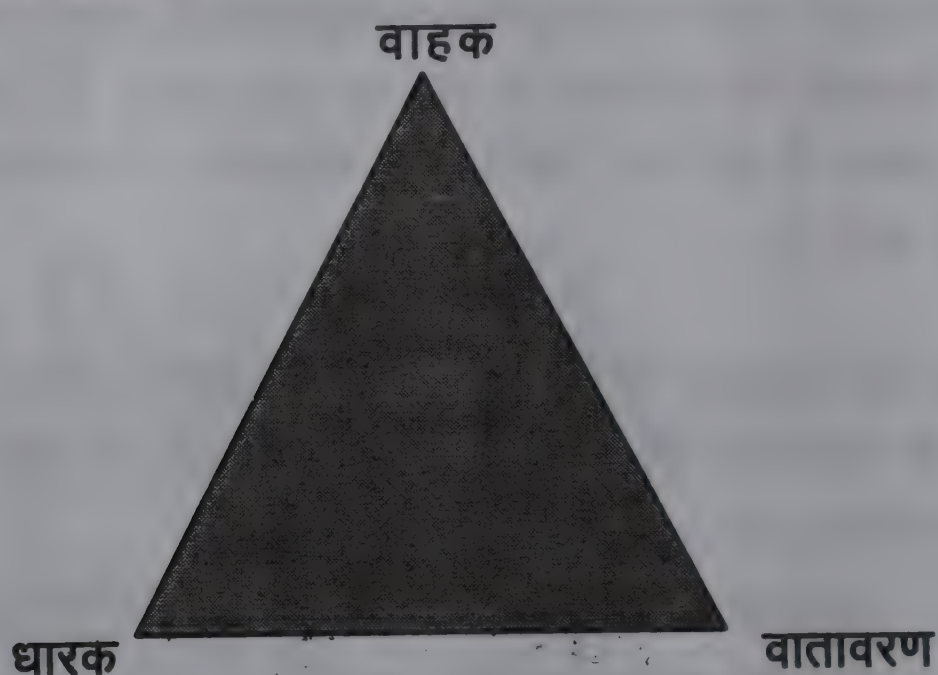
दुनिया भर की महिलाओं ने इस दृष्टिकोण को चुनौती दी है जिसके कारण चिकित्सा शास्त्र में भी महिलाओं को देखने का नज़रिया बदला है। इस परिवर्तन के कुछ मुख्य बिन्दु निम्नलिखित हैं–

- महिलाओं के स्वास्थ्य को उनके मातृत्व की भूमिका से आगे पूरे जीवन चक्र के आधार पर देखा जाए
- महिलाओं के स्वास्थ्य को एक सीमित जैविक चिकित्सकीय (बायो–मेडिकल) दृष्टि से न देखकर एक व्यापक सामाजिक, सांस्कृतिक नज़रिये से देखा जाए
- महिलाओं पर होने वाली हिंसा को भी उनके स्वास्थ्य का एक महत्वपूर्ण अंग माना जाए
- दवाई आधारित चिकित्सा के साथ–साथ संवेदनशील चिकित्सा व्यवस्था, परामर्श, और सामाजिक सहयोग आदि को भी महत्व दिया जाए
- यह माना जाये कि चिकित्सा का केन्द्र बिन्दु चिकित्सा व्यवस्था नहीं वरन् महिला स्वयं है।

अगर हम गरीब ग्रामीण महिला या शहरी मलिन बस्ती की महिलाओं से सवाल पूछे कि "क्या आप स्वस्थ है?" तो शायद हमें अधिकतर जवाब – "हाँ स्वस्थ है" ही मिलेगा। इन महिलाओं को एक नज़र देखने से ही स्पष्ट दिखता है कि वे कुपोषित है या उनमें

खून की कमी है। पूछताछ करने पर शायद यह भी पता चले कि उन्हें खाना पचाने में तकलीफ होती है, आँखों से साफ नहीं दिखता, जननांगो में खुजली या स्राव की शिकायत है। इतनी सारी तकलीफें होने के बावजूद यह महिलाएं अपने आप को स्वस्थ मानती है। हमें शायद महिला स्वास्थ्य के लिए एक नई परिभाषा ढूंढ़ने की आवश्यकता है।

महिला स्वास्थ्य की सामाजिक पृष्ठभूमि :

पारम्परिक चिकित्सकीय दृष्टिकोण से – किसी भी व्यक्ति का स्वास्थ्य तीन मुख्य कारकों से प्रभावित माना जाता है–

स्वास्थ्य और बीमारी की नयी खोज के कारण आज हमारी समझ इस सरल त्रिभुज से काफी आगे बढ चुकी है। जहाँ एक ओर जीव वैज्ञानिक शरीर की कोशिकाओं और उसके केन्द्रक के जीन और गुणसूत्र का मानचित्र बना रहे हैं, वहीं दूसरी तरफ समाजशास्त्री बीमारी और स्वास्थ्य की स्थिति के पीछे नये सामाजिक विश्लेषण सामने ला रहे है। वर्तमान समझ के अनुसार महिलाओं का स्वास्थ्य उनकी सामाजिक स्थिति से गहरे रूप से प्रभावित होता है।

उत्तर प्रदेश हमारे देश का न केवल सबसे अधिक आबादी वाला राज्य है वरन् यहाँ विकास का हर सूचक इतना कमज़ोर है कि उ0प्रदेश, मध्यप्रदेश, बिहार, राजस्थान और उड़ीसा को साथ मिलाकर "बीमारू" राज्य भी कहा जाता है। विकास के कुछ सूचकों की स्थिति तालिका में प्रस्तुत है। तुलना के लिए कुछ अन्य राज्यों के आँकड़े भी साथ में दिये जा रहे है।

तालिका–1

राज्य	विकास के सूचक			लिंग अनुपात	स्वास्थ्य के सूचक		
	म0 निरक्षरता	घर में बिजली	घर में शौचालय		CBR	CDR	IMR
उ0प्र0	57.3(23)	36.6(22)	73.3(22)	879(21)	34(23)	10.2(21)	85(20)
म0प्र0	55.5(21)	68.1(17)	77.8(22)	931(13)	32.4(22)	11.1(23)	97(23)
बिहार	65.2(25)	18.2(25)	83.2(24)	911(17)	32.1(20)	10.2(20)	72(18)
केरल	14.9(02)	7.8(15)	14.8(05)	1036(01)	17.8(02)	06.2(05)	13(02)
तमिलनाडु	41.7(13)	78.5(12)	65.8(19)	974(03)	19.2(04)	07.9(13)	54(11)
हिमांचल	31.3(05)	97.2(02)	73.0(03)	976(02)	23.0(11)	08.0(14)	62(14)

CBR - शिशु जन्म दर

CDR - शिशु मृत्यु दर

IMR - नवजात मृत्यु दर

(कोष्ठ में अंक तालिका में राज्य का स्थान दर्शाता है)

उपरोक्त आँकड़ों से उत्तर प्रदेश की स्थिति स्पष्ट होती है। इसमें यदि हम महिलाओं की स्थिति को अलग से देखें तो हालात और भी गंभीर नज़र आते हैं। उत्तर प्रदेश में महिलाओं का हर आँकड़ा पुरूषों की तुलना में बहुत ही कमज़ोर है। उदहारण के लिए लिंग अनुपात का आँकडा। जनसांख्यिकीय आँकड़ो के अनुसार उत्तर प्रदेश में प्रति 1000 पुरूषों पर 879 महिलायें जनगणना (1991) हैं। इसका अर्थ यह हुआ कि राज्य में लगभग 1 करोड़ महिलाएं गायब है। वे निम्न में से किसी कारण से मर गई है– भ्रूण हत्या, बालावस्था में देखभाल कम, कम खाना, बच्चा होने के समय मृत्यु या बीमारियों का समय पर इलाज न होना। यही कारण है कि जहाँ उ0प्र0 में पुरूषों की जन्म के समय अनुमाानित आयु 56.5 साल है वहीं महिलाओं के लिए यह आँकड़ा 55 साल है। दुनिया के विकसित देशों में इन सूचकों की स्थिति बिल्कुल विपरीत है। हमारे देश के केरल राज्य में भी पुरूषों की तुलना में महिलाओं की संख्या अधिक है और महिलाएं अधिक सालों तक जीवित रहती हैं। महिलाओं और पुरूषों से जुड़े कुछ तुलनात्मक आँकड़े नीचे दिये जा रहे हैं। तुलना के लिए कुछ अन्य राज्यों के आँकड़े भी प्रस्तुत किये जा रहे है। इन आँकड़ों के अध्ययन से यह स्पष्ट होता है कि उत्तर प्रदेश में महिलाओं की सामाजिक और स्वास्थ्य की स्थिति बहुत ही दयनीय और कमजोर है।

तालिका–2

अनुमानित आयु

	सकल	पु0	महिला	अन्तर
भारत	59.4	59	59.7	+.7
केरल	72	68.8	74.7	+5.9
असम	54.9	54.6	55.3	+.7
उ0प्र0	55.9	56.5	55.1	–1.4

तालिका –3

मृत्यु दर

राज्य	सकल	पु0	महिला	अन्तर
भारत	9.3	9.5	9.1	+.4
उ0प्र0	11.6	11.2	11.7	–.5
म0प्र0	12.6	12.5	12.7	–.2
केरल	6.0	7.2	4.9	+2.3

तलिका–4

शिशु मृत्यु दर

राज्य	सकल	पु0	महिला	अन्तर
भारत	74	75	73	2
उड़ीसा	103	103	104	–1
उ0प्र0	88	86	90	–4
केरल	16	16	15	1

तालिका 2 से 4 में उ0प्र0 और भारत के साथ–साथ दो ऐसे राज्यों को शामिल किया गया है जहाँ सूचक की स्थिति सबसे उपर और सबसे नीचे है। इन तालिकाओं में लिंग भेद का अलग कॉलम जोड़ने से यह स्पष्ट होता है कि उ0प्र0 में लिंग भेद दूसरे राज्यों से कई गुना अधिक है।

सामाजिक लिंग भेद और महिला स्वास्थ्य :

उ0प्र0 के स्वास्थ्य के हर सूचक में इतना बड़ा लैंगिक अन्तर होने के पीछे, यहां पर

महिलाओं और पुरूषों के बीच हर प्रकार का भेदभाव होना एक बहुत बड़ा कारण है। इस भेदभाव को हम उ0प्र0 के हर सामाजिक स्तर पर देख सकते हैं और यह जीवन के हर पहलू का अभिन्न अंग है। किस प्रकार से सामाजिक लिंग भेद महिलाओं के स्वास्थ्य को प्रभावित करता है, इसकी एक झलक तालिका 5 में दी गयी है।

तालिका 5

परिस्थिति	भेद भाव का प्रकार	स्वास्थ्य में भेदभाव का प्रभाव
आर्थिक स्थिति	♦ महिलाओं के पास आर्थिक उपार्जन के स्रोत कम हैं। वह काम करती भी है तो उनका घर का काम(बगैर मजदूरी का) या कम मजदूरी का होता है। उत्तर प्रदेश में केवल 12.32 प्रतिशत महिलाओं को कामकाजी माना जाता है जबकि पुरूषों के लिए यही प्रतिशत 49.68 है।	♦ इलाज पर कम खर्च किया जाता है ♦ आहार/पोषण अपर्याप्त ♦ इलाज के लिए समय नहीं ♦ लड़कियाँ अधिक बीमार पड़ती हैं
सामाजिक रीति रिवाज और परम्परायें	♦ महिलाओं के पास आराम के अवसर कम हैं ♦ लिंग जाँच व मादा भ्रूण हत्या की परम्परा बढ़ रही है ♦ लड़कियों को लड़कों की तुलना में कम खाना और देखभाल ♦ लड़कियों की कम उम्र में शादी और माँ बनने की मजबूरी ♦ महिलाओं को अधिक शार्मीली, कमजोर और कम बोलने वाली होनी चाहिए	♦ महिलाओं का जन्म ही नहीं हो पा रहा है ♦ लड़कियों का इलाज देर से किया जाता है। उस पर तुलनात्मक रूप से कम खर्च के कारण बीमारी का नतीजा अधिक गंभीर होता है ♦ गर्भावस्था प्रसव और उसके बाद की तकलीफे ♦ महिलाएं प्रजनन तन्त्र की तकलीफ के बारे में किसी से बात करने में शर्माती हैं, पुरूष चिकित्सक से इलाज नहीं कराती। ♦ पुरूष, महिलाओं पर बल का प्रयोग करके उनके साथ शारीरिक और यौनिक हिंसा करते है। ♦ मातृ मृत्यु ♦ घोर रक्ताल्पता
धार्मिक परम्पराएं	♦ माहवारी सम्बन्धी अनेक परम्पराएं	♦ प्रजनन तन्त्र का संक्रमण ♦ गर्भावस्था/प्रसव और

	♦ गर्भावस्था, प्रसव और उसके बाद की परम्परा	उसके बाद खतरे बढ़ जाते है। उ0प्र0 में मातृ मृत्यु दर बहुत ज्यादा है
स्वयं पर नियंत्रण	♦ महिलाओं के पास स्वयं के बारे में भी निर्णय लेने की छूट नहीं होती, उन्हें हर बात के लिए किसी और से राय लेनी पड़ती है जैसे – पिता, पति, भाई आदि	♦ समय पर इलाज नहीं होना

महिला का सामान्य स्वास्थ्य एवं पोषण :

उ0प्र0 में बहुत कम ऐसी महिलाएं होंगी जिन्हें स्वस्थ पाया ज़ा सकेगा। देखने से ही वे कमजोर नजर आती हैं। महिलाएं आमतौर पर तब तक काम करती रहती हैं, जब तक यह एकद़म असम्भव न हो जाये। रोजमर्रा की जिन्दगी की हर जिम्मेदारी को जब तक वे बिना किसी तकलीफ या दर्द के पूरा कर सकती है, तब तक वे किसी से भी किसी प्रकार की शिकायत नहीं करती। वैद्य, हकीम या डॉक्टर से इलाज कराना तो दूर की बात है। लेकिन अगर हमें उनकी इस सहनशीलता को समझना है तो उनके साधारण स्वास्थ्य के मानक को देखना जरूरी है। उत्तर प्रदेश की महिलाओं में रक्ताल्पता (एनीमिया) की मात्रा बहुत अधिक है। 1987 और 1992 के दो अध्ययनों के अनुसार गर्भावस्था के दौरान 87प्रतिशत और 63 प्रतिशत महिलाओं में खून की कमी पायी गई थी। एन0एफ0एच0एस0–द्वितीय एक राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण था जिसमें महिलाओं में रक्ताल्पता और कुपोषण का अनुमान लगाने की कोशिश की गयी थी इस सर्वे के अनुसार आँकडे इस प्रकार हैं–

तालिका –6

राज्य	BMI 18.5 से कम (कुपोषित)	15–49 साल की महिलाओं में एनीमिया दर
भारत	35.8	51.8
उ0प्र0	35.8	48.7
पंजाब	16.9	41.4
केरल	18.7	22.7

इस रक्ताल्पता और कुपोषण के कारण ढूढ़ने के लिए बहुत दूर जाने की जरूरत नहीं है। यह सच है कि उत्तर प्रदेश में आर्थिक तंगी है, लेकिन इस आर्थिक तंगी से यदि

थोड़ा सा दूर हटकर देखें तो हमें कई और कारण भी नज़र आएगें जैसे–

- कम उम्र में शादी और बार–बार गर्भधारण
- गर्भावस्था के दौरान आराम और आहार की कमी
- गर्भावस्था में उचित मात्रा में आइरन की गोली न मिल पाना (उ0प्र0 में 1/3 से कम महिलाओं को यह मिल पाती है)
- आहार सम्बन्धी रीतिरिवाज
- महिला–पुरूष लिंग भेद
- माहवारी सम्बन्धी अनियमिततायें
- मलेरिया, अकुंश कृमि जैसी बीमारियाँ आदि

आज का जमाना आर्थिक उदारीकरण और बाजार व्यवस्था का जमाना है। अर्थ नीति परिवर्तन का सबसे बड़ा प्रभाव गरीबों पर पड़ता है। बाजार व्यवस्था उनके लिए उचित है जिनके पास बाजार से सामान खरीदने के लिये पैसा हो। गरीबों में भी सबसे गरीब महिलाएं है। और जब परिवार को अनाज कम मिलेगा तो कुपोषण का शिकार महिलाएं अधिक होगीं। दुनिया के दूसरे देशों के उदाहरण से यह स्पष्ट होता है कि आर्थिक उदारीकरण से महिलाओं में कुपोषण की दर बढ़ जाती है। उ0प्र0 के आँकड़े आने अभी बाकी हैं, पर संकेत दिखने लगे हैं।

मातृत्व स्वास्थ्य :

महिलाओं के स्वास्थ्य के अन्तर्गत मातृत्व स्वास्थ्य का मुद्दा शुरू से ही सबसे महत्वपूर्ण रहा है। आजादी के समय से ही नये नागरिकों की माताओं के रूप में इस विषय पर बल दिया गया। खेद की बात यह है कि जहाँ एक दिशा से शायद कुछ अच्छे परिणाम नज़र आतें हैं वहीं दूसरी ओर कुछ मानकों में हम पिछले पचास सालों में और भी पिछड़ गये हैं। उत्तर प्रदेश में मातृत्व स्वास्थ्य के आँकड़ो को देखने से पहले हमें पिछले पचास सालों में (महिलाओं की सामाजिक स्थिति और मातृत्व स्वास्थ) सुधारने के लिए किये गये प्रयासों को भी समझना जरूरी होगा।

महिलाओं की सामाजिक स्थिति सुधारने के कुछ कानूनी प्रावधान

- हिन्दू उत्तराधिकार एक्ट (1956)
- हिन्दू विवाह अधिनियम (1955)
- बाल विवाह निषेध अधिनियम (1979 संशोधित)
- विशेष विवाह अधिनियम (1959)

- दहेज निषेध अधिनियम (1986)
- चिकित्सकीय गर्भ समापन अधिनियम (1972)
- जन्मपूर्व निदान जाँच निषेध व नियंत्रण अधिनियम (संशोधित 1997)
- सती प्रथा निषेध अधिनियम (1987)
- मातृत्व लाभ अधिनियम (1995 संशोधित)
- इन्डीसेंट प्रेजेन्टेशन ऑफ विमेन रेग्यूलेशन (महिला संबधी आपत्तिजनक चित्र प्रदर्शन) अधिनियम 1986 आदि।

मातृत्व स्वास्थ्य सुधारने के कुछ कार्यक्रम :

- परिवार नियोजन व परिवार कल्याण कार्यक्रम
- मातृशिशु स्वास्थ्य कार्यक्रम
- सुरक्षित मातृत्व एवं बाल संजीवनी कार्यक्रम
- प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम
- राष्ट्रीय मातृत्व लाभ योजना
- मातृत्व अवधारणा

इतने सारे कानूनी प्रावधानों व स्वास्थ्य कार्यक्रमों के बावजूद आज भी स्थिति बहुत अच्छी नहीं दिखती है। पिछले 2–3 सालों में दो राष्ट्रीय सर्वेक्षण कार्यक्रमों से जो आँकड़े प्राप्त हुये हैं वे बड़े ही चिंताजनक हैं।

तालिका – 7

विषय	NFHS-II (1989-99)	RCH(1998-99)
♦20–24 वर्ष की औरतों का प्रतिशत जिनका विवाह 18 साल की उम्र तक हो चुका था।	62.4	
♦लड़कियों का प्रतिशत जिनकी शादी 18 वर्ष से कम आयु मे हो चुकी थी।		49.3
♦कुल प्रजनन दर	3.99	
♦3 या 3 से अधिक क्रम के बच्चों का जन्म प्रतिशत		59.8
♦गर्भावस्था जाँच वाली महिलाओं का प्रतिशत	34.6	
♦पूरे गर्भावस्था जाँच वाली महिलाओं का प्रतिशत		11.7

♦2 +टी.टी. टीके लेने वालों का प्रतिशत	57.4	
♦संस्थाओं में हुए प्रसवों का प्रतिशत	15.5	16.8
♦स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं की देखरेख में हुए प्रसवों का प्रतिशत	22.4	
♦सुरक्षित प्रसवों का प्रतिशत		21.9

इन आँकड़ों से स्पष्ट होता है कि आज भी इतने प्रयासों के बाद इस राज्य में लगभग आधी लड़कियों की शादी 18 साल से पहले हो रही हैं (जो कि कानूनी अपराध है)। हर माँ के लगभग चार बच्चें होते है जबकि 'हम दो हमारे दो' का नारा पिछले 30 साल से ज्यादा समय से चला आ रहा है और परिवार कल्याण के नाम पर अरबों रूपये हर साल खर्च हो रहे हैं। 10 में से केवल 1 महिला को गर्भावस्था में सम्पूर्ण जाँच दी जाती है (जबकि हमारे राज्य में ए0एन0एम0 की संख्या लगभग 25,000 है) और 5 मे से केवल 1 प्रसव सुरक्षित तरीके से हो पाता है। सुरक्षित मातृत्व का अन्तिम लक्ष्य है– गर्भावस्था या प्रसव के दौरान माँ के लिए जान का खतरा न होना। इस मामले में यदि हम देखें तो पिछले कुछ सालो में इस प्रकार से प्रगति हुई है।

वर्ष		मातृत्व मृत्यु दर (प्रति 100,000 जीवित जन्म पर)
1995	(UNICEF)	624
1997	(उ0प्र0 जनसंख्या नीति)	707

साधारण गणित से हम यह निकाल सकते हैं कि हर साल उत्तर प्रदेश में लगभग 40,000 महिलाएं मातृत्व से जुड़े कारणों से शहीद हो रही हैं। खेद की बात तो यह है कि जहाँ जंगली जानवरों के मरने से पूरा राज्य चिन्तित हो जाता वहीं इतनी हजार माताओं के बलिदान को हम अनदेखा कर देते हैं। इसके अलावा लाखों महिलाओं को मातृत्व के समय कई प्रकार के खतरों का सामना करना पड़ता है, जैसे–

- अधिक खून जाना
- लम्बे समय तक दर्द रहना और बच्चे का फँस जाना
- बहुत अधिक खून की कमी के कारण दिल का दौरा
- गर्भावस्था में विषाक्तता
- प्रसव के बाद संक्रमण आदि
- मानसिक परेशानी

इनमें से कुछ तकलीफो का लम्बे समय तक असर रहता है जैसे–

- बच्चे होने का रास्ता फट जाना
- बच्चेदानी का नीचे खिसकना
- खून की कमी और शारीरिक कमजोरी
- मानसिक परेशानी आदि

उत्तर प्रदेश में महिलाओं की करूण स्थिति तब अधिक समझ में आती है जब हम अपने ही देश के दूसरे राज्यों को देखते हैं।

तालिका –8

राज्य	पिछले 3 सालों के प्रसव के दौरान (NFHS-II)				
	कोई भी गर्भावस्था जाँच हुयी हो	टिटनेस के टीके लगे हो	प्रसव के समय स्वास्थ्य कर्मी उपस्थित हो	आयरन की गोली मिली हो	मातृत्व मृत्यु दर
उ0प्र0	34.6	57.4	22.4	32.4	624
केरल	98.8	86.4	94	95.2	87
तमिलनाडु	98.5	95.4	83	93.2	376
गोवा	98	86.1	90.8	94.7	–

उपरोक्त परिस्थिति में सुधार लाने के लिए यह आवश्यक है कि स्वास्थ्य व्यवस्था की सोच में परिवर्तन लाया जाए। हमारे देश में हर प्रकार की स्वास्थ्य सुविधा, परिवार नियोजन और गर्भ निरोध के दबाव से प्रभावित होती रही है। पिछले पाँच सालों में जो नीतिगत परिवर्तन लाये गये हैं उसके कारण स्वास्थ्य कर्मियो में भी एक प्रकार की शिथिलता आ गई है। कहने के लिए हमारी स्वास्थ्य व्यवस्था को ग्राहक केन्द्रित बनाया गया है लेकिन ग्रामीण क्षेत्र की महिला किसी भी स्वास्थ्य विभाग के कर्मी के लिए महत्व नहीं रखती। आज स्वास्थ्य केन्द्र मौजूद है तो स्वास्थ्य कर्मी नहीं, कर्मी उपस्थित है तो औजार नहीं, औजार है तो दवाई नहीं। और यदि सब कुछ है तो काम करने की कोई इच्छा नहीं है। और अगर इच्छा भी है, तो दूसरे प्रकार के दबाव के कारण कोई काम नहीं हो पाता। इस सबका नतीजा यह है कि जिस कार्यक्रम को लक्ष्य मानकर पचास साल से प्रयास चल रहे हैं उसमें भी कोई बदलाव नज़र नहीं आता।

सुरक्षित मातृत्व और परम्पराएं :

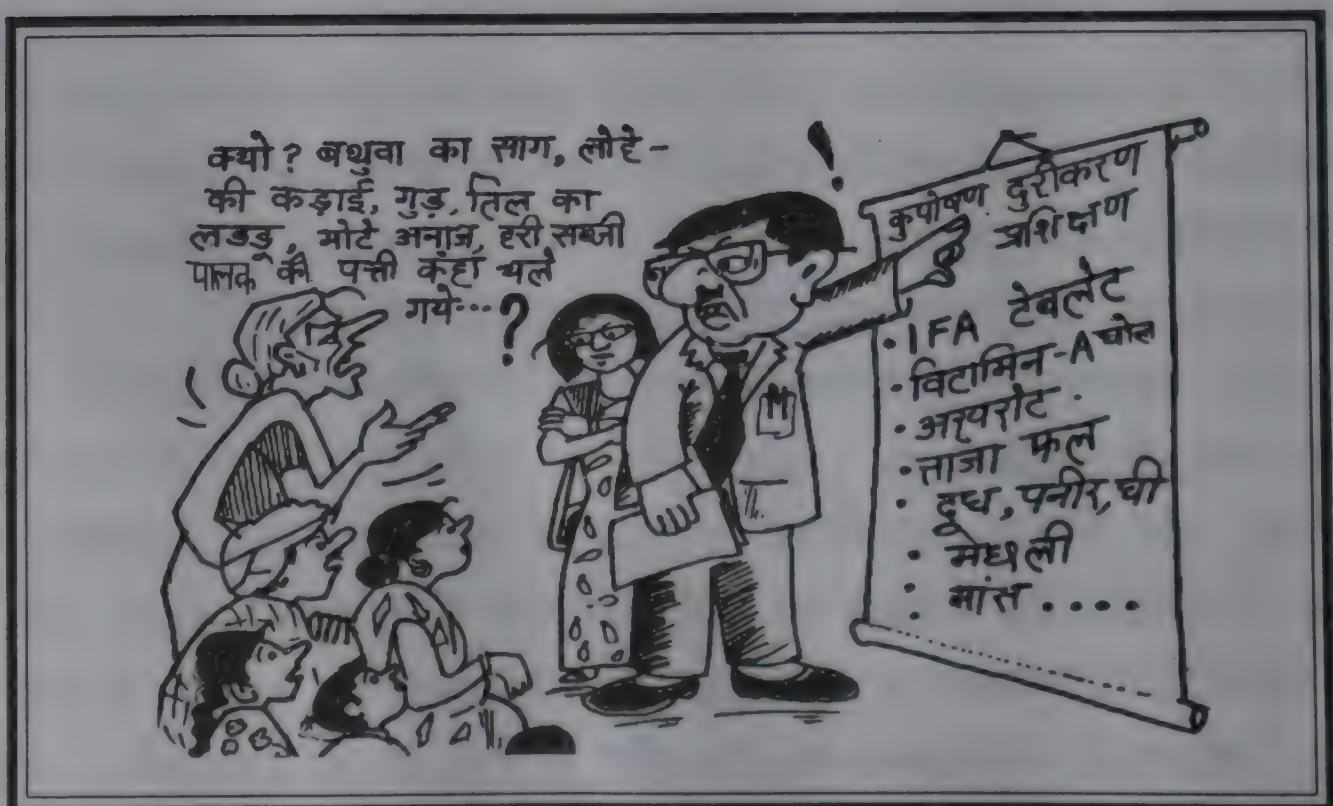
उत्तर प्रदेश के ग्रामीण क्षेत्रों में प्रसव और मातृत्व से जुड़ी अधिकतर गतिविधियाँ एक व्यवस्थित ढाँचे के अन्तर्गत होती है। इस अवधि के लिए कई नियम है– गर्भावस्था में खान–पान, रहन–सहन सम्बन्धी, प्रसव किसकी मदद से कहाँ और कैसे होगा, प्रसव के बाद माँ क्या खाएगी, कब नहाएगी, आदि पर आधुनिक चिकित्सा व्यवस्था में इन सारी व्यवस्थाओं को नज़र अंदाज कर दिया गया है। इससे जो परिस्थिति उभरी है वह कुछ इस प्रकार है– औपचारिक स्वास्थ्य व्यवस्था इन सारी बातों को न गहराई से समझती है और नहीं इन्हें ध्यान में रखती है। जबकि लोगों का व्यवहार अभी भी इन्हीं रीति–रिवाजों से प्रभावित रहता है। सुरक्षित मातृत्व के लिए इन सारे रीति रिवाजों को समझना होगा। यह रीति–रिवाज क्षेत्र के अनुसार बदलते है इसीलिए इनको समझने का प्रयास विकेन्द्रित होना जरूरी है। इस पूरी व्यवस्था में पारम्परिक दाई की भूमिका को समझना भी जरूरी है। कई जगहों पर इनकी भूमिका को बिना समझे ही नई पीढ़ी की पढ़ी–लिखी महिलाओं को दाई प्रशिक्षण दिया जा रहा है। परम्पराओं का विश्लेषण कर अच्छी परम्पराओं को भी पहचानना जरूरी है। यह बात सच नहीं है कि सारी परम्परायें गलत और खतरनाक है। उदाहरण कुछ गाँवों में प्रसव के दौरान अकसर उकडू होकर माँ बच्चा पैदा करती है। कुदरत और सुविधा की दृष्टि से यह अधिक उचित है। पर आधुनिक चिकित्सा शास्त्र में महिलाओं को लिटा दिया जाता है। प्रसव के लिए यह तरीका (लेटना) न केवल माँ के लिए कठिन है वरन् इसमें प्रसव का केन्द्र माँ न बनकर प्रसव सहायक/सहायिका हो जाती है।

उत्तर प्रदेश में आज भी 80 प्रतिशत से अधिक प्रसव घर पर ही होते है। इस दृष्टि से अस्पताल में प्रसव कराने को छोड़कर घर के स्तर पर सुरक्षित प्रसव कराने के तरीके ढूढने चाहिए। जरूरत पड़ने पर कैसे जल्दी से जल्दी गर्भवती को अस्पताल तक पहुँचाया जाए पर ज़ोर देना आवश्यक है। इसके लिए घर के पुरूषों को भी सुरक्षित मातृत्व की प्रक्रिया से जोड़ना होगा।

जीवन चक्र में स्वास्थ्य :

जनसंख्या और विकास सम्बन्धित अन्तर्राष्ट्रीय सम्मेलन (1994–काहिरा) के बाद महिला के स्वास्थ्य को समझने का एक वैकल्पिक ढाँचा सामने आया। इस ढाँचे के तहत महिलाओं के स्वास्थ्य को पूरे जीवन चक्र के आधार पर समझना जरूरी है। यदि उ0प्र0 में महिलाओं के स्वास्थ्य को इस दृष्टि से देखें तो जो दृश्य नज़र आता है वह

कुछ हद तक इस प्रकार हैः

जीवन चक्र की अवस्था	स्वास्थ्य की स्थिति
■ मादा भ्रूण	♦ आर्थिक प्रगति का वीभत्स रूप मादा भ्रूण हत्या है। उत्तर प्रदेश के पश्चिमी जिलों में यह प्रथा शायद पड़ोसी के हरियाणा से आई है। लेकिन देश में इस के खिलाफ कानून बनने के बावजूद समाज के हर तबके में इस प्रथा को बुरा नहीं माना जाता।
■ शिशु लड़की	♦ लड़के की तुलना में लड़की को माँ अपना दूध भी कम पिलाती है, लड़कियों में कुपोषण लड़कों की तुलना में ज्यादा होता है और लड़कियों को लड़को के तुलना में कम टीके लगते है। डॉक्टर के पास कम ले जाया जाता है, कुपोषण के कारण शिशु मृत्यु ज्यादा हैं। लड़कियों में रोग प्रतिरोधक क्षमता कम होती है और हर प्रकार की बीमारी की अधिक सम्भावना बनी रहती है।
■ किशोरी	♦ किशोरियों पर अनेक रोक–टोक, माहवारी सम्बन्धी कोई शिक्षा नहीं, माहवारी में सफाई की व्यवस्था कम, कम उम्र में शादी और बच्चा पैदा करना, एनीमिया और कुपोषण, रहता है तथा शारीरिक विकास रूक जाता है। शरीर परिपक्व होने से पहले बच्चा पैदा करने के कारण मातृत्व खतरे बढ़ जाते है। सुरक्षित यौन सम्बन्धों के बारे म` कोई जानकारी नही, यौन हिंसा और यौन संक्रमण रोगों के शिकार बनने की सम्भावना, अनचाहे गर्भ और असुरक्षित गर्भपात के खतरे बहुत हैं।

तालिका 9

पुरूष और स्त्री में मृत्यु दर में अंतर

प्रति 1000 जनसंख्या(1993)

आयु वर्ग	0–4	5–9	10–14	15–19
पुरूष	29.7	3.0	1.4	1.8
स्त्री	36.7	3.4	1.5	2.3

इन आँकड़ो से यह स्पष्ट है कि पश्चिमी उत्तर प्रदेश में अधिक विकास होने के बावजूद महिलाओं की स्थिति काफी कमजोर है। क्या यहाँ मादा भ्रूण हत्या भी ज्यादा होती है?

■ प्रजनन
(आयु 15से 49 वर्ष)

- माहवारी से जुड़ी समस्याएं
- मातृत्व से जुड़ी हर प्रकार की स्वास्थ्य समस्या
- प्रजनन तन्त्र का संक्रमण व अन्य बीमारियाँ
- प्रजनन तन्त्र का कैन्सर
- बार–बार गर्भधारण से जुड़ी समस्याएं
- कुपोषण और एनीमिया
- यौन संक्रमित रोग
- शारीरिक, मानसिक और यौन हिंसा तथा उससे जुड़ी स्वास्थ्य समस्याएं
- अन्य बीमारियाँ जैसे टीबी, मलेरिया आदि
- इलाज कराने की स्वतन्त्रता का अभाव
- घरेलू आमदनी पर कोई नियंत्रण नहीं, इलाज की व्यवस्थाओं तक कम पहुँच
- निसन्तानता और उससे जुड़े दबाव
- कई प्रकार के मानसिक रोग
- अनचाहा गर्भ, असुरक्षित गर्भपात

■ वृद्धावस्था

- माहवारी रूकना और उससे जुंड़ी समस्याएं
- प्रजनन तन्त्र का कैन्सर
- हड्डी और जोड़ों की समस्याएं
- मानसिक रोग और समस्याएं
- प्रजननतन्त्र की अन्य बीमारियाँ जैसे –बच्चादानी खिसकना आदि।

तालिका 10

उत्तर प्रदेश कुछ सम्भागों के आँकड़े

सम्भाग	लिंग अनुपात	शहरी प्रतिशत	साक्षरता	प्रति व्यक्ति आय
उ0प्र0	879	1984	41.06	–
मेरठ(पश्चिम)	849	30.8	47.02	1455
आगरा(पश्चिम)	830	24.3	45.19	1172
वाराणसी(पूर्व)	900	15.4	41.26	906
लखनऊ(केन्द्र)	860	20.0	38.57	971

उपरोक्त सूची के हर विषय पर शायद तथ्य इक्ट्ठा करना मुश्किल है, परन्तु जितने तथ्य मौजूद हैं उनके अनुसार यह स्पष्ट कहा जा सकता है कि उत्तर प्रदेश में महिलाओं के स्वास्थ्य की स्थिति काफी गंभीर है। लेकिन इतना कहकर बैठ जाना भी गैरजिम्मेदारी पूर्ण होगा। उत्तर प्रदेश की महिलाएं इस प्रतिकूल वातावरण में जी रही हैं। उनकी जीवन शैली और स्वस्थ्य रहने के व्यवहार को गौर से देखने पर भविष्य के लिए कुछ रास्ते तलाश करने होंगे।

किशोरावस्था – परिवर्तन की मूल कड़ी

महिलाओं के स्वास्थ्य की नींव बचपन में पड़ती है और किशोरावस्था में भविष्य के जीवन के लिए व्यापक तैयारियाँ होती हैं। हमारे प्रदेश में किशोरावस्था में ही लगभग 50 प्रतिशत लड़कियों की शादी हो जाती है। उनकी पढ़ाई रूक जाती है और उन पर मातृत्व का बोझ डाल दिया जाता है। वर्तमान में किशोरियों के मुख्य स्वास्थ्य मुद्दे और उनकी स्थिति निम्न प्रकार है –

किशोरावस्था में गर्भधारण : प्रदेश में यह व्यापक रूप से प्रचलित है क्योंकि इसी उम्र में शादी भी होती है और पहला बच्चा भी पैदा होता है। उत्तर प्रदेश के कई जिलो में 50 प्रतिशत लड़कियों की शादी 15–16 साल में हो जाती है। साथ ही किशोरावस्था में बिना शादी के भी गर्भधारण की संभावनाएं बनी रहती है। NFHS(I) के अनुसार भारत में 15 से 19 साल की किशोरियों के प्रसव की 17.17 घटनाएं पायी गयी है। उत्तर प्रदेश की स्थिति इससे बदतर होने की संभावना है।

असुरक्षित गर्भपात : किशोरियों में गर्भपात अधिक उम्र की महिलाओं से ज्यादा होता है चाहे यह गर्भपात अपने आप हो या करवाया गया हो। अविवाहित किशोरियाँ गर्भपात के लिए देर से जाती हैं और भय अथवा शर्म के कारण असुरक्षित गर्भपात कराती हैं।

प्रजनन स्वास्थ्य की समस्याएं : प्रजनन प्रक्रिया से जुड़ी शर्म के कारण किशोरियाँ अकसर प्रजनन तन्त्र की तकलीफों के बारे में किसी को बताती नहीं है। पिछले कुछ सालों में यह स्पष्ट हो चुका है कि प्रजनन तंत्र का संक्रमण किशोरियों में व्यापत है और उसे को स्वास्थ्य कार्यक्रमों में शामिल करने की कोशिश की गई है। NFHS(II) के दौरान प्रजनन तंत्र से जुड़ी समस्याओं के बारे में खास पूछताछ की गयी। उ0प्र0 में विवाहित महिलाओं में इसकी स्थिति इस प्रकार पायी गयी –

- योनि के रास्ते अस्वाभाविक स्राव – 28 प्रतिशत
- मूत्र तंत्र में संक्रमण से जुड़ी शिकायतें – 17.9 प्रतिशत
- संभोग के समय दर्द – 16.4 प्रतिशत
- संभोग के बाद रक्त स्रव – 2.4 प्रतिशत
- प्रजनन तंत्र से जुड़ी कोई भी शिकायत – 38.1 प्रतिशत

इसका अर्थ यह है कि एक तिहाई से अधिक महिलाओं को प्रजनन तंत्र से जुड़ी शिकायतें है। इनमें से अधिकतर महिलाएं गाँव में रहती हैं और इन्हें महिला चिकित्सक की सुविधा शायद ही मिल पाती हैं।

महिलाओं और किशोरियों के लिए प्रजनन स्वास्थ्य शिक्षा : प्रजनन स्वास्थ्य को सुधारने के लिए यह आवश्यक है कि महिलायें अपने प्रजनन तंत्र को समझें तथा उससे जुड़ी झेंप और शर्म की भावना से उबरें। इसके लिए जरूरी है कि विद्यालय और महिला मण्डलों के माध्यमों से प्रजनन स्वास्थ्य शिक्षा प्रदान की जाए। इस दिशा में महिला समाख्या परियोजना तथा कुछ स्वैच्छिक संस्थाओं के माध्यम से कुछ प्रयास प्रारम्भ किये गये हैं लेकिन इसे और व्यापक बनाने की आवश्यकता है।

सुरक्षित गर्भपात : गर्भपात महिलाओं की प्रजनन प्रक्रिया का प्राकृतिक हिस्सा है। कुदरती तौर पर ही 10 गर्भधारणों में से 1 गर्भ किसी कारण गिर जाता है। लेकिन यदि गर्भपात के मुद्दे पर गौर किया जाए तो हम पायेंगे कि 1 प्राकृतिक /स्वतः गर्भपात पर औसतन 3 गर्भपात करवाये जाते हैं। भारत दुनिया के उन चुने हुये देशों में से है जहाँ गर्भपात कराना कानूनी रूप से मना नहीं है, लेकिन उसके बावजूद अनेक कारणों से गैर कानूनी गर्भपात होते हैं। उ.प्र. असुरक्षित गर्भपात के मामले में देश में सबसे आगे है।

गर्भपात से जुड़े कुछ आँकड़े :

- प्रति 1000 दम्पत्ति कितने गर्भपात करवाये जाते हैं – 46.8 प्रतिशत
- प्रति 1000 जीवित जन्म कितने गर्भपात होते हैं – 37.3 प्रतिशत (प्राकृतिक व करवाया गया)
- उत्तर प्रदेश में देश की 17 प्रतिशत जनसंख्या निवास करती है। पर देश के 19 प्रतिशत एम.टी.पी. चिकित्सकीय गर्भपात उ0प्र0 में होते हैं।
- देश के कुल एम.टी.पी. केन्द्रों में से केवल 6 प्रतिशत ही उ0प्र0 में हैं।

खेद की बात यह है कि गर्भपात इतना व्यापक होने के बाद भी उ.प्र. में सुरक्षित गर्भपात की सुविधा के बारे में प्रदेश की नयी जनसख्या नीति में कोई उल्लेख नहीं है।

महिलाएं और गर्भनिरोध : 1951 से भारत में परिवार नियोजन कार्यक्रम अपनाया गया और पिछले 50 सालों में इस कार्यक्रम के तहत जनसंख्या को रोकने का प्रयास किया जा रहा है। खेद की बात तो यह है कि जहाँ पूरी दुनिया में शिक्षा और स्वास्थ्य (खासकर महिलाओं से सम्बन्धित) के क्षेत्र में सुधार लाने से जनसख्या दर घट रही है, वहीं भारत में परिवार नियोजन कार्यक्रम का ज्यादा असर नजर नहीं आता। लक्ष्य आधारित, ऑपरेशन केन्द्रित परिवार नियोजन कार्यक्रम के तहत महिलाओं के साथ बहुत सारी जबरदस्ती की गई है और उत्तर प्रदेश की महिलाओं को भी इन यातनाओं से गुजरना पड़ा है। पिछले 5 सालों से परिवार नियोजन कार्यक्रमों में सुधार की बात की जा रही है, पर खेद की बात है कि उ.प्र. में दुबारा परिवार नियोजन के लक्ष्य लागू किये गये हैं। उ.प्र. में प्रजनन दर सबसे ज्यादा है, और आंज भी सरकार के पिछले 50 साल से चल रहे परिवार नियोजन कार्यक्रम के बावजूद महिलाओं के 4 बच्चे हो रहे हैं। NFHS(II) से प्राप्त जानकारी के अनुसार पिछले 5 सालों में इस दर में काफी कमी हुई है, लेकिन आज भी उ.प्र. में –

- आधुनिक गर्भनिरोध का प्रयोग कम है – 17.1 प्रतिशत (भारत 37.9प्रतिशत)
- आधुनिक गर्भनिरोध तरीकों में पुरूषों की भागीदारी बहुत कम है – 4.9 प्रतिशत (भारत में 5 प्रतिशत)
- ऑपरेशन के बाद देखभाल सेवा जिन महिलाओं को प्राप्त हुई 54.3प्रतिशत (भारत 74.4 प्रतिशत)
- दम्पत्तियों की अपनी मांग के अनुसार गर्भनिरोध सुविधाएं पर्याप्त रूप से नहीं मिल पा रही हैं – 25.1 प्रतिशत (भारत 15.8 प्रतिशत)

- उ.प्र. जनसंख्या नीति में दुबारा परिवार नियोजन लक्ष्य की बात की गई है।
- परिवार नियोजन की सेवाओं की गुणवत्ता का स्तर अपर्याप्त है और अभी भी कैम्पों के माध्यमों से प्रलोभन देकर ऑपरेशन करवाया जा रहा है। ऑपरेशन की असफलताएं भी बड़ी संख्या में नजर आ रही हैं।
- सरकारी व्यवस्था द्वारा अभी महिलाओं पर ही पूरे परिवार नियोजन का बोझ डाला जा रहा है। न केवल पुरूष कार्यकर्ताओं की संख्या कम है, बल्कि पुरूषों को कार्यक्रम में जोड़ने का प्रयास भी कमजोर है।

पिछले कुछ महीनों में परिवार नियोजन कार्यक्रम के अनुभव :

- कुशीनगर के सुखरोली प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र के नसबंदी कैम्प में एक 15 साल की लड़की को 26 वर्षीय तीन बच्चों की माँ बता कर उसकी जबरदस्ती नसबन्दी करवाई गयी।
- सीतापुर के इटौंजा नगर पंचायत में 35 वर्षीय महिला को दिसम्बर 2000 में लड़की हुई। उसका नसबंदी ऑपरेशन 3 साल पहले हुआ था।
- कुशीनगर जनपद जिला महिला अस्पताल में नसबन्दी के लिए आयी 4 बच्चों की माँ की ऑपरेशन के दौरान मुख्य धमनी के कटने के कारण मृत्यु हो गयी।
- जनपद कर्वी में एक महिला (जिसको घोर रक्ताल्पता थी) की नसबन्दी के अगले दिन मृत्यु हो गयी। (हैल्थवॉच उ0प्र0–बिहार)

महिलाओं के विरूद्व हिंसा और स्वास्थ्य : जब महिलाओं के स्वास्थ्य की बात आती है तो अक्सर मातृत्व स्वास्थ्य और स्त्रीरोग तक बात सीमित रह जाती है। स्वास्थ्य का गौर से अध्ययन किया जाए तो यह स्पष्ट होता है कि महिलाओं के खिलाफ हिंसा उनके स्वास्थ्य से काफी हद तक जुड़ी है। हिंसा और स्वास्थ्य का बहुत करीब का रिश्ता है। विश्व स्वास्थ्य संगठन ने महिलाओं की हिंसा को एक महामारी जैसा माना है। महिलाओं के खिलाफ हिंसा का प्रतिफल – मृत्यु, जलना, घाव, हड्डी टूटना, गर्भपात, प्रजनन तंत्र संक्रमण/यौन संचारित रोग, एड्स, मानसिक रोग आदि हैं। यह हिंसा महिला के जीवन चक्र की हर अवस्था में होती है। यह कन्या भ्रूण से शुरू होकर बुढ़ापे तक चलती है। उ.प्र. में महिलाओं के खिलाफ हिंसा काफी व्यापक हैं। बलात्कार, दहेज हत्या, आदि के बारे में प्रायः जानकारी मिलती है पर कई ऐसी हिंसा की घटनाएं भी हैं जो घर की चारदीवारी के अन्दर सीमित रह जाती हैं।

उ.प्र. में महिला हिंसा संबंधी कुछ आँकड़े :

- Journal of the American Medical Association में प्रकाशित एक अध्ययन में पाया गया है कि राज्य के 6632 पुरूषों में से 46.9 पुरूष अपनी पत्नी के साथ शारीरिक या यौन हिंसा करते हैं।
- इसी अध्ययन से यह पाया गया कि पत्नी के साथ हिंसा से अनचाहे गर्भ और यौन संचारित रोगों का सीधा संबंध है।
- 1998 में उत्तर प्रदेश में 2229 दहेज हत्या और 633 दहेज उत्पीड़न के मुकदमे दायर हुए थे।
- 1999 में उत्तर प्रदेश में 1902 दहेज हत्या, 1369 बलात्कार और 2441 अपहरण के मुकदमे दायर हुए थे।
- NFHS(II) में यह पाया गया कि राज्य की विवाहित महिलाओं में 20.8 महिलाओं के साथ उनके पति ने हिंसा की है।

महिलाओं का मानसिक स्वास्थ्य :

महिलाओं के खिलाफ हिंसा का एक असर उनके मानसिक संतुलन पर पड़ता है। जीवन चक्र के इस स्तर पर महिलाओं को जो शारीरिक, मानसिक, यौनिक प्रताड़ना, हिंसा और भेदभाव सहना पड़ता है उसके कारण महिलाओं में मानसिक रोग अधिक है। खेद की बात तो यह है कि महिलाओं की अपनी मानसिक परेशानियों को सुलझाने के लिए न कोई सुविधा है और न ही समय। हमारे देश में मानसिक रोग को पागलपन से जोड़ा जाता है और इसलिए इसके साथ कलंक की भावना जुड़ी है, इसके इलाज की व्यवस्था भी सीमित है। उ0प्र0 में 1970 में किये गये अध्ययन में यह पाया गया कि जहाँ पुरूषों में मानसिक रोगों की दर 15.7 प्रतिशत है वहीं महिलाओं में यह दर 33. 3 प्रतिशत है।

महिलाओं में मानसिक दबाव पैदा करने वाले कुछ कारक निम्नलिखित हैं :

आर्थिक दबाव पैदा होता है : परिवार के लिए खाना व अन्य संसाधन पर्याप्त है या नहीं

सामाजिक दबाव पैदा होता है : समाज में नीचा दर्जा

सांस्कृतिक दबाव पैदा होता है : हानिकारक पोषण संबंधी परम्पराएं, कहानी और कहावतों द्वारा दबाव

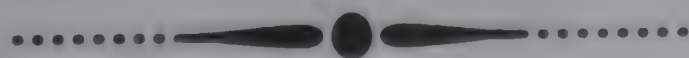
कार्य संबंधी : कम मजदूरी, कार्यस्थल पर शोषण, अपर्याप्त आहार

परिवार में	: नीचा स्थान, शारीरिक व यौनिक दबाव, आर्थिक जिम्मेदारी, अधिक कार्यबोझ, दूसरों की अपेक्षाएं
व्यक्तिगत कारक	: व्यक्तिगत हीन भावना, चिंता और शंकाएं, अकेलापन आदि।

निष्कर्ष

सामान्य स्वास्थ्य समस्याएं व महिलाएं : महिलाओं के स्वास्थ्य की खास समस्याओं से हटकर यदि हम राज्य के अन्य महत्वपूर्ण स्वास्थ्य समस्याओं को देखें तो वहाँ भी पुरूषों और महिलाओं की स्थिति में काफी अंतर दिखता है। उदाहरण के रूप में दो बीमारियों (मलेरिया और तपेदिक) के देखे सकते हैं। मलेरिया निमंत्रण एक राष्ट्रीय कार्यक्रम है। इस कार्यक्रम के अन्तर्गत कंपकंपी के साथ बुखार के हर मरीज के खून की जांच होनी चाहिए और उसके आधार पर उसे इलाज दिया जाता है। लेकिन अगर हम इस व्यवस्था के व्यवहारिक पक्ष को देखें तो मलेरिया से जुड़े काम पुरूष स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं द्वारा किये जाते हैं जिनकी पहुँच महिलाओं तक कम है और इसके कारण महिलाएं शायद इनकी सेवाओं से वंचित रह जाती है। तपेदिक के कारण न केवल फेफड़े में संक्रमण से महिलाओं की प्रजनन क्षमता कम होती है, और उनको बांझपन का बुरा सामाजिक नतीजा भुगतना पड़ता है बल्कि तपेदिक का इलाज महंगा भी है और इसके कारण महिलाओं में इलाज पूरा होने की संभावना भी कम हो जाती है।

उपरोक्त तथ्यों से उत्तर प्रदेश में महिलाओं के स्वास्थ्य की अत्यधिक करूण स्थिति साफ उभरती है। यदि हम इस विश्लेषण के साथ उत्तरांचल के अलग राज्य बन जाने के तथ्य को जोड़ें तो राज्य में महिलाओं की स्थिति और भी खराब नजर आएगी। उत्तरांचल के महिलाओं के स्वास्थ्य के हर मानक बाकी राज्य से अच्छे हैं और इस क्षेत्र के हट जाने से वर्तमान राज्य में मानकों की स्थिति और भी बिगड़ गई है।

उत्तर प्रदेश में स्वास्थ्य से जुड़े कुछ आँकड़े

- क्षेत्रफल के हिसाब से भारत में दूसरा स्थान।
- जनसंख्या 170,000,000 – भारत में पहला स्थान (मार्च 2000)।
- खाद्यान्न उत्पादन 12000,000 मेट्रिक टन – भारत में पहला स्थान (1995–96)।
- उ.प्र. की कुल आबादी में से लगभग 40 प्रतिशत गरीबी रेखा से नीचे रहते हैं।
- 16 राज्यों के ह्यूमन डेवलप्मेन्ट इन्डेक्स (मानव विकास सूचकांक) में केरल 63, बिहार 34 और उ.प्र. 36 वें नम्बर पर है (नीचे से दूसरा स्थान)।
- 16 राज्यों के जेण्डर संबंधी स्वास्थ्य इन्डेक्स में केरल 89, मध्य प्रदेश 38, और उ.प्र. 41 वें नम्बर पर है (नीचे से चौथा स्थान)।
- 16 राज्यों के प्रजनक स्वास्थ्य इन्डेक्स में केरल 80 और उ.प्र. 29 वें नम्बर पर है (सबसे बुरा)।
- लिंग अनुपात उ.प्र. में 885 है, बच्चों में (0–9) 913 है।
- जन्म के समय महिलाओं की आयु संभावना 54.6 तथा पुरूषों की 57. 7 वर्ष है।
- 0–4 वर्ष के बच्चों का मृत्यु दर उ.प्र. में लड़कियों का 38.4 प्रति 1000 तथा लड़कों का 33.2 प्रति 1000 है (1991)।
- 5–4 वर्ष की लड़कियों में से 21.1 प्रतिशत स्कूल जा रही हैं।
- साक्षरता दर– पुरूषों का 73 प्रतिशत, महिलाओं का 43 प्रतिशत (एन. एफ.एच.एस.–2, 1999)
- जन्म दर अब प्रति 1000 आबादी में 32.4 है (1998)।
- उ.प्र. में कुल आबादी में परिवार नियोजन के 4.5 प्रतिशत ऑपरेशन पुरूषों पर किए जाते हैं और 95.5 प्रतिशत आप्रेशन महिलाओं पर किए जाते हैं (1998–99)।
- मातृत्व मृत्यु दर उ.प्र. में सबसे अधिक है : 707 मृत्यु प्रति 100,000 जिन्दा बच्चों का जन्म (एस.आर.एस. 1998)।
- उ.प्र. में तीन–चौथाई से अधिक प्रसव अप्रशिक्षित दाईयों द्वारा कराये जाते हैं।
- उ.प्र. के 15–44 वर्ष की शादी–शुदा महिलाओं में से एक तिहाई को प्रजनन तंत्र के संक्रमण तथा यौन संक्रमित रोग के लक्षण पाये गये हैं।
- केवल 21 प्रतिशत महिलाओं व 47 प्रतिशत पुरूषों को एड्स की जानकारी है।

उत्तर प्रदेश में संचारी रोगों की स्थिति

संचारी रोग :

संचारी रोग उत्तर प्रदेश में आम जनता की बीमारी, विकलांगता और मृत्यु के लिए सबसे घातक कारण हैं। भारतीय चिकित्सा शोध परिषद के एक अध्ययन के अनुसार 9 संचारी रोग उ0प्र0 में अत्यन्त घातक रूप से जड़ जमाए हैं।

बीमारी	व्यापकता दर % (जनसंख्या)	घातकता दर	मृत्यु दर (प्रति 1000)	सालाना संख्या	संदर्भ जनसख्या
1. क्षय रोग	2%	5.50000 (प्रतिवर्ष)	0.4	5000	हर उम्र के
2. टेटनस	–	–	66.7	250000	नवजात शिशु
3. डायरिया	–	16.5 % (हर 15दिन में)	6.5	–	वर्षा से पूर्व 5 वर्ष की आयु
4. श्वास संबंधी संक्रमण (ए.आर.आई.)	7.4–27.9%	2.5–6 बार (बार प्रत्येक बच्चे को)	–	300000	5 वर्ष से बड़े
5. खसरा	–	1.6%	–	–	हर उम्र के (ग्रामीण)
6. मलेरिया	2.9%	2.3	–	–	–
7. पोलियो	0.62%	–	–	–	5–9 वर्ष
8. कुष्ठ	7000000	–	–	–	हर उम्र के
9. फायलेरिया	25 जिले इण्डमिक घोषित हैं।				

उक्त रोगों के अतिरिक्त ब्च्चों को प्रभावित करने वाले संचारी रोगों में गलाघोटू और कूकरखांसी उ0प्र0 में अति व्यापक है। एक अनुमान के अनुसार उ0प्र0 में तीन वर्ष से कम उम्र के बच्चों में 3.6 प्रतिशत तथा 5–9 वर्ष की उम्र के बच्चों में 4.2 प्रतिशत में पायी जाती है।

उ0प्र0 में संचारी रोगों की व्यापकता

बीमारियाँ 1990	सम्पूर्ण प्रतिशत	पुरूष प्रतिशत	महिला प्रतिशत
संचारी रोग	40.7	49.86	50.13
यौन संचारी रोग	1.93	33.61	66.38
डायरिया	10.2	47.69	52.3
मलेरिया	0.42	51.38	48.62
श्वास संबंधी	11.89	46.88	53.11

स्त्रोत : विश्व बैंक डम्फ्रीवंग विमेन्स हेल्थ इन इण्डिया 1996

संचारी रोगों से हमारा तात्पर्य वे बीमारियाँ हैं जो एक व्यक्ति से दूसरे तक शरीर, हवा, परजीवी, खाद्यपदार्थ या वस्त्र आदि के सम्पर्क से फैलते हैं। संचारी रोगों के फैलने में गंदा प्रदूषित वातावरण, व्यक्तिगत सफाई का अभाव, प्रदूषित जल, भोजन के संक्रमण आदि जिम्मेदार तत्व होते हैं। उपरोक्त चार्ट से स्पष्ट होता है कि उ0प्र0 में संचारी रोग कितने व्यापक हैं।

उ0प्र0 में संचारी रोगों का विवरण निम्नलिखित हैं –

1). जापानीज एक्केफेलाइटिस (मस्तिष्क ज्वर) : संभवतया उ0प्र0 में मस्तिष्क ज्वर देश में सबसे घातक बीमारी के रूप में व्याप्त है। पूर्वाचंल में जल भराव तथा बाढ़ के बाद मस्तिषक ज्वर व्यापक तबाही मचाता है। वी.आर.डी. मेडिकल कॉलेज गोरखपुर एक मात्र अस्पताल है जहाँ इसके इलाज की व्यवस्था है। आश्चर्य तो यह है कि राज्य सरकार इस बीमारी के टीके को समय पर नहीं मंगवा पाती है। प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों पर इलाज की व्यवस्था न होने से या तो मरीज वहीं दम तोड़ देते हैं या नीम हकीमों के पास पैसे और जान गवाने जाते हैं। उ0प्र0 के 18 जनपदों में 4 महीनों (अगस्त से नवम्बर 2000) में जो इस बीमारी के लिए अत्यन्त खतरनाक महीने होते हैं, कुल 1126 मरीज सरकारी अस्पतालों में भर्ती हुए और 259 ने दम तोड़ दिया।

2). पीलिया : पीलिया जल प्रदूषण से फैलने वाली दूसरी खतरनाक बीमारी है। राष्ट्रीय संचारी रोग संस्थान ने उ0प्र0 में रक्तदाताओं पर एक शोध अध्ययन किया तो पाया कि कुल नमूनों में 44 प्रतिशत पीलिया से ग्रस्त थे। पीलिया के भर्ती मरीजों पर के.जी.एम.सी. के अध्ययन के अनुसार 36 प्रतिशत हिपेटाइटिस ए, 17.2 प्रतिशत हिपेटाइटिस बी तथा 46.4 प्रतिशत एन.ए.एन.बी. हिपेटाइटिस पायी गयी।

उ0प्र0 संचारी रोग निर्देशालय से प्रकाशित रिपोर्ट के अनुसार पिछले एक वर्ष में कुल 695 मरीज पीलिया के पाए गए और उनमें से 25 मरे।

3). **डायरिया** : डायरिया सम्भवतयाः संचारी रोगों में सबसे घातक और व्यापक बीमारी है। वर्ष 2000 में राज्य संचारी रोग निदेशालय से जारी रपट के अनुसार 10208 व्यक्ति बीमार हुए और 117 मर गए। उ0प्र. में 5 वर्ष से कम उम्र के बच्चों के लिए डायरिया सबसे घातक बीमारी है। 6 से 23 माह के बच्चों में यह सबसे अधिक व्याप्त है (26प्रतिशत) 3 से 59 माह के 37 प्रतिशत बच्चे डायरिया से ग्रसित होते हैं। डायरिया बालक और बालिकाओं में समान रूप से पाया जाता है। तीन साल से कम उम्र के बच्चों में ग्रामीण क्षेत्रों में शहरी क्षेत्र की तुलना में डायरिया ज्यादा व्याप्त है।

यूनिसेफ के एक सर्वेक्षण में –अशिक्षित महिलाओं में 26 प्रतिशत बच्चों में डायरिया पाया गया है, जबकि हाईस्कूल तक शिक्षित माताओं के बच्चों को 18 प्रतिशत पाया गया है। यह आश्चर्यजनक है कि पर्वतीय क्षेत्र में डायरिया की व्यापकता सबसे ज्यादा है। यूनिसेफ के सर्वेक्षण में 58 प्रतिशत से ज़्यादा उत्तरांचल के बच्चे डायरिया से ग्रसित पाये गये हैं।

4). **गैस्ट्रो** : डायरिया के अलावा इससे मिलती जुलती बीमारी गैस्ट्रो है जो खान पान व जल प्रदूषण से फैलती है और उ0प्र0 में अत्यन्त व्यापक है। राज्य संचारी रोग निदेशालय के अनुसार गत वर्ष 3216 मरीज गैस्ट्री से प्रभावित होकर भर्ती हुए और 37 मर गए।

5). **हैजा** : हैजा भोजन और जल प्रदूषण से फैलने वाला एक अत्यन्त खतरनाक संचारी रोग है। इस रोग के आँकड़े रखना अनिवार्य है पर सामान्यतया डायरिया और गैस्ट्रो के भ्रम में इसे पहचाना नहीं जाता या इसे हैजा के नाम से पंजीकृत ही नहीं किया जाता। गत वर्ष में उ0प्र0 में मात्र 10 मरीज ही हैजा से ग्रसित होकर प्रदेश के सरकारी अस्पतालों में भर्ती हुए और सरकार के अनुसार सभी ठीक हो गए। इससे संदेह होता है कि जानबूझ कर हैजा रोगियों की संख्या कम पंजीकृत की जाती है।

6). **मलेरिया** : सम्भवतः मलेरिया प्रदेश में सबसे व्यापक संचारी रोगों में से एक है। 1953 में राष्ट्रीय मलेरिया उन्मूलन कार्यक्रम की नींव पड़ी और इस कार्यक्रम ने वर्ष 1961 तक प्रदेश से मलेरिया की व्यापकता कम करने में काफी सफलता हासिल की। वर्ष 1961 में कुल 2860000 रक्त पट्टिकाओं की जांच में सिर्फ 3224 पट्टिकाएं ही

मलेरिया धनात्मक पायी गयीं। किन्तु जगह–जगह जल जमाव, जंगलों की कटान, औद्योगिक कचरा तथा शहरी मलिन बस्तियों और खदानों के फैलाव तथा कीटनाशकों के घटते प्रभाव से मलेरिया पुनः अपना व्यापक रूप दिखाने लगा है।

मलेरिया के दो सामान्य प्रकार उ0प्र0 में पाए जाते हैं। पहला मलेरिया वाइवेक्स जो घातक नहीं होता है और उपचार के बाद मरीज ठीक हो जाता है। दूसरा फैल्सीफेरम मलेरिया कहलाता है। जो अत्यन्त घातक तथा जानलेवा होता है। राज्य संचारी रोग निदेशालय के अनुसार प्रदेश में गत वर्ष 69 मौतें मलेरिया से हुई है। रक्त पट्टिकाओं की जांच के परिणाम स्वरूप मलेरिया की पुष्टि होती है। प्रदेश में फैल्सीफेरम मलेरिया के धनात्मक पट्टिकाओं का प्रतिशत वर्ष 2000 में 5.97 प्रतिशत है। राष्ट्रीय मलेरिया कार्यक्रम की रपट के अनुसार वर्ष 1996 से 2000 तक की प्रगति निम्न है –

वर्ष	रक्त पट्टिका जांच	फैल्सीफेरम%	पट्टिका धनात्मक रेट
1996	9.577	12.92	1.7
1997	9.019	8.23	1.5
1998	7.828	5.62	1.44
1999	4.18	6.48	2.38
2000	2.07	6.23	4.45

उपरोक्त सारणी से स्पष्ट होता है कि राज्य सरकार जहां 1996 में 9.5777(मिलियन) रक्त पट्टिकाओं की जांच करती थी वहीं वर्ष 2000 में मात्र 2.07मिलियन रक्त पट्टिकाओं की ही जांच कर रही है। आश्चर्य तो यह है कि वर्ष 1998 से अब तक फैल्सीफेरम मलेरिया का प्रतिशत निरन्तर 6प्रतिशत के आसपास बरकरार है। दूसरी चौकाने वाली बात तो यह है कि उक्त सारणी के अनुसार पट्टिका धनात्मक दर वर्ष 1996 से 1.7 से बढ़कर वर्ष 2000 में 4..45 हो गयी। इसका अर्थ यह है कि मलेरिया की व्यापकता बढ़ रही है और स्वास्थ्य व्यवस्था की चौकसी घट रही है।

1998–99 में प्रजनक स्वास्थ्य सर्वे में पाया गया है कि लोगों में मुख्य तीन बीमारियाँ है – 1. मलेरिया, 2. क्षय रोग एवं 3. कुष्ठ रोग। मलेरिया की व्यापकता अन्य बीमारियों की तुलना में ज्यादा थी। उ0प्र0 में बिजनौर, लखीमपुर खीरी, फतेहपुर, कानपुर व बहराइच, इस बीमारी से अत्यन्त बुरी तरह ग्रस्त है। तराई का पूरा क्षेत्र मलेरिया के लिए संवेदनशील है। मलेरिया घातकता दर 74 प्रति हजार पायी गयी है (एन.एफ.एच.एस. सर्वे से 3 माह पूर्व का सर्वेक्षण) इसकी व्यापकता दर नगरीय क्षेत्र में 37 प्रति

हजार थीं, जबकि ग्रामीण क्षेत्र में 84 प्रति हजार थी। आश्चर्यजनक रूप से महिलाओं में यह दर पुरूषों से ज्यादा रही है। 0–14 वर्ष के आयु वर्ग में मलेरिया का प्रकोप(82 प्रति हजार)। इस प्रकार कम आयु के तथा 60 से अधिक उम्र के लोग मलेरिया से ज्यादा ग्रस्त पाये गये थे। वर्षा के बाद का समय मलेरिया के लिए सबसे उपयुक्त पाया जाता है।

ज्ञातव्य है कि ईट भट्टों की बढ़ती संख्या, कीटनाशकों का घटता प्रभाव, अनियंत्रित शहरीकरण आदि मलेरिया को बढ़ाते जा रहे हैं।

7) क्षय रोग : उ0प्र0 में क्षय रोग की व्यापकता 6 प्रति हजार है जो स्थान–स्थान पर थोड़ा बहुत कम ज़्यादा होती रहती है। उ0प्र0 में क्षय रोगियों की 3 प्रकार की व्यापकता निम्नवत् है –

0–14 आयु वर्ग में	–	1 प्रति हजार
15–59 आयु वर्ग में	–	7 प्रति हजार
60 वर्ष से अधिक	–	24 प्रति हजार

उक्त विवरण से स्पष्ट है कि उ0प्र0 में क्षय रोग काफी व्यापक है। फतेहपुर, सहारनपुर, मेरठ, जालौन, वाराणसी, कानपुर जिलों में इसकी व्यापकता ज़्यादा है। पश्चिमी उ0प्र0 तथा केन्द्रीय उ0प्र0 में सबसे अधिक व्यापकता है।

8) यौन/प्रजनन तंत्र संक्रमण : प्रजनन उम्र की महिलाओं में यौन तंत्र संक्रमण यहाँ काफी ज़्यादा है। यूनिसेफ के सर्वेक्षण के अनुसार पश्चिमी उ0प्र0 में यौन तंत्र संक्रमण सबसे ज्यादा है। तदुपरान्त उत्तरांचल, रामपुर में सबसे अधिक व्यापक संक्रमण(59.2), मुरादाबाद में (58), पीलीभीत में (56), टेहरी में(56.5) प्रतिशत पाया गया। उ0प्र0 के अधिकांश जनपदों में जिनके आँकड़े उपलब्ध हैं में 20 प्रतिशत से अधिक महिलाओं में संक्रमण पाया गया है। यूनिसेफ के सर्वेक्षण के अनुसार साफ पानी, शौचालयों तथा नहाने धोने व व्यक्तिगत स्वच्छता का अभाव, अज्ञानता आदि इस स्थिति के मुख्य कारण हैं।

वर्ष 2000(जनवरी–दिसम्बर में उ0प्र0 में संचारी रोगों की स्थिति) उ0प्र0 संक्रामक रोग निर्देशालय की रपट के अनुसार –

रोगों के नाम

हैजा	गैस्ट्रो	पीलिया	डायरिया	डेंगू	मलेरिया	मस्तिष्क ज्वर
10	3218	695	10208	4	90208	1126

उक्त विवरण में संचारी रोगों के आँकड़े काफी भ्रामक हैं। रजिस्ट्रार जनरल ऑफ इण्डिया के अनुसार देश में कुल मौतों संचारी रोगों का हिस्सा लगभग 43.3 प्रतिशत है। अतः उक्त आंकड़ों को देखकर यह स्पष्ट होता है कि –

- या तो अधिकांश मरीज सरकारी अस्पतालों में नहीं जाते है।
- प्राइवेट अस्पतालों/डॉक्टरों, वैद्य के पास जाते हैं।
- अस्पतालों की रिपोर्ट अधूरी है और बीमारी की व्यापकता बोध नहीं कराती है।
- प्राइवेट सेवाओं की सूचना और निगरानी की व्यवस्था सरकार के पास नहीं है।

आर.जी.आई. की रपट 1990–91–92 के अनुसार कुछ चौंकाने वाले तथ्य सामने आते हैं यथा प्रदेश में मृत्यु के कारणों में 9.7प्रतिशत बुखार से होती है। जिसमें टायफाइड मलेरिया व अन्य बुखार शामिल है। उक्त रपट के आंकड़ों के अनुसार मलेरिया से होने वाली मृत्यु 8.3, 16.1 तथा 13.6 प्रतिशत उक्त तीनों वर्षों में है। इसी प्रकार टायफाइड 46.5, 45.00 तथा 48.5 प्रतिशत है। आश्चर्यजनक रूप से अन्य अवर्गीकृत बुखारों से होने वाली मौतों का प्रतिशत उक्त 3 वर्षों में क्रमशः 27.4, 21.4 तथा 24.4 है। यह हास्यास्पद है कि मलेरिया की धातकता घट रही है और अवर्गीकृत बुखारों की बढ़ रही है। स्पष्ट है कि मलेरिया जैसे बुखारों को अन्य बुखारों में शामिल कर रिपोर्ट बनायी गयी है।

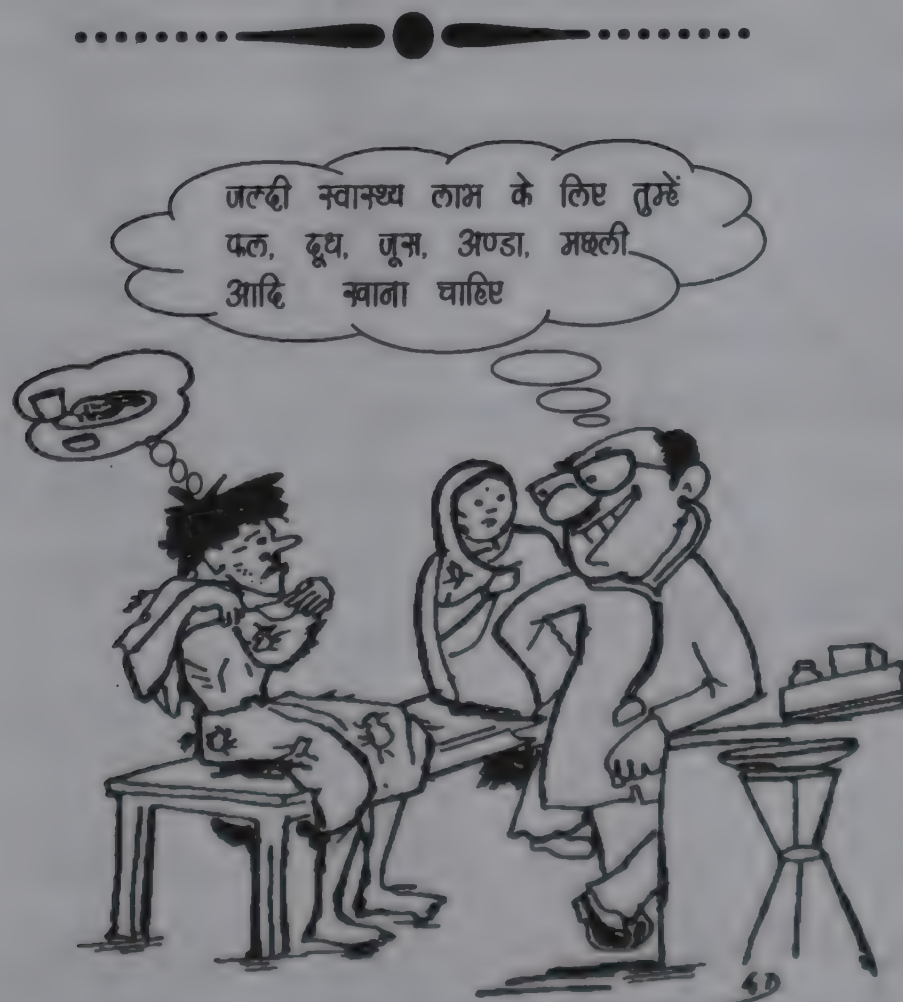
आर.जी.आई. की रिपोर्ट के अंनुसार मृत्यु के कारकों के निम्न प्रतिशत हैं –

संचारी रोग	–	43.3 प्रतिशत
गैर संचारी रोग	–	50.2 प्रतिशत
दुर्घटनायें	–	6.5प्रतिशत

उत्तर प्रदेश के बारे में से NFHS I व II प्राप्त संचारी रोगों की जानकारी इस प्रकार है –

बीमारी	NFHS(I)	NFHS(II)
	दर प्रति 10,000	
	1992–93	1998–99
तपेदिक	560	557
पिछले 3 माह में मलेरिया	7395	3552

पिछले 12 माह में		
पीलिया	–	693
कुष्ठ	222	–
	8,900	23,300
	7,200	4,000

9) एड्स : पिछले 20 सालों में एड्स दुनिया में सबसे भयानक संक्रामक रोग के रूप में उभर कर आया है। आज इस बीमारी से लड़ने के लिए कोई इलाज या टीका नहीं है। एड्स संबंधी जानकारी और जागरूकता ही इस बीमारी से लड़ने का मुख्य उपाय है। 1992–93 में राज्य में राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम आरम्भ हुआ। इस कार्यक्रम के अन्तर्गत निरीक्षण केन्द्रों की स्थापना की गयी है और एच.आई.वी. परीक्षण सुविधा सभी जिला ब्लड बैंक केन्द्रों में उपलब्ध हैं इसके अतिरिक्त व्यापक जानकारी व जागरूकता कार्यक्रम का संचालन भी किया जाता है। NFHS(II) के दौरान महिलाओं की एड्स संबंधी जानकारी पर भी सवाल रखे गये थे। इस अध्ययन के अनुसार राज्य में केवल 20.2 प्रतिशत महिलाओं ने इस बीमारी के बारे में सुना है, जिनमें से 45 प्रतिशत महिलाओं को एड्स रोकने का कोई भी तरीका नहीं पता था। पूरे देश के लिए यही आँकड़े क्रमशः 40.3 प्रतिशत और 32.8 प्रतिशत थे। इन आँकड़ों को देखने से यह स्पष्ट हो जाता है कि उत्तर प्रदेश में एड्स से बचने की तैयारी काफी कमजोर है।

उत्तर प्रदेश में जीवन स्तर

भूमि स्वामित्व के क्रमानुसार 1953–1954 में उ0प्र0 के निम्नतम 40 प्रतिशत ग्रामीण परिवारों का 2.5 प्रतिशत भूमि पर स्वामित्व था। जबकि उच्चतम 10 प्रतिशत के पास 46 प्रतिशत भूमि का स्वामित्व था। 1982 में भी लगभग ऐसा ही वितरण पाया गया। तकनोकी परिवर्तनों ने समय के साथ, निजी कृषि आय में महत्वपूर्ण विस्तार किया तथा आर्थिक प्रक्रियाओं के विविधीकरण को भी आधार बनाया। मुख्य पुर्नवितरण कार्यक्रमों की अनुपस्थिति में, निजी आय की क्रमशः वृद्धि ने निर्धनता के परम्परागत सूचनाओं में धीमी गति से ह्रास किया। इसके अतिरिक्त मानव जीवन सुधार के अन्य चरणों की ओर

सारणी –1

भारत, उ0प्र0 और दक्षिण भारत : कुछ सूचक

	भारत	उ0प्र0	दक्षिण भारत
जनसंख्या 1991 (अरब)	846(74)	139(80)	196(70)
जन्म के समय आयु अनुमान 1990(वर्ष)			
स्त्री	59.4	54.6	64.0
पुरूष	59.0	56.8	60.9
मृत्यु दर : आयु 0–4, 1991(प्रति 1000 पर)			
स्त्री	27.5	38.4	17.8
पुरूष	25.6	33.2	18.9
साक्षरता दर, आयु 7+1991(प्रतिशत)			
स्त्री	39	25	49
पुरूष	64	56	68
औसत प्रति व्यक्ति उपभोक्ता खर्च, 1987–88(आर–माह 1970–71 मूल्य पर)			
ग्रामीण	41.2	37.7	43.2
शहरी	61.2	55.1	57.1
1987–88(गरीबी की रेखा के नीचे वाली प्रतिशत जनसंख्या)			
ग्रामीण	45	48	41
शहरी	37	42	42

नोट : कोष्ठक में ग्रामीण इलाकों में रहने वाली जनसंख्या का अनुपात (प्रतिशत)

इस दौरान, कोई ध्यान नहीं दिया गया (जैसे सुचारू जन सेवायें व व्याप्त साक्षरता) जिसके कारण लोगों के जीवन स्तर में बहुत कम सुधार लाया जा सका। इससे संबंधित कुछ प्रमाण सारणी 1 में प्रस्तुत किये गये हैं और आगे विस्तृत रूप से वर्णित है।

आधारभूत जनसांख्यिकीय सूचक

उ0प्र0 में जीवन निर्वाह संबंधित जनसंख्या प्रमाण, हमारे अध्ययन की शुरूआत करने में सहायक होंगे। जैसा कि सहायक पुस्तक (हेज व सेन 1995) में वर्णित है। विकास का मुख्य लक्ष्य है मानव योग्यताओं का विस्तार। निर्वाह को भी एक आधारभूत योग्यता माना जाता है। उ0प्र0 की मृत्यु व जीवन दर सारणी–2 में दी गयी है, दक्षिण भारत के आँकड़े भी संलग्न हैं।

जैसा कि यह सारणी इंगित करती है कि उ0प्र0 में जीवन छोटा व संकटमय है। उदाहरणार्थ : स्त्री आयु दर 55 वर्ष से कम है तथा 5 वर्ष से कम आयु में प्रति हजार पर मृत्यु दर 141 है। आँकड़ों का स्वरूप इस तरह से समझा जा सकता है कि ये आँकड़े Sub Saharan Africa के अनुमानों सें बहुत अलग नहीं है (क्रमशः 53 वर्ष व 160 प्रति हजार पर)। भारत के मुख्य राज्यों में उ0प्र0 में 5 वर्ष की आयु से कम में मृत्यु दर अधिकतम है। यहाँ की मृत्यु दर दूसरे स्थान पर सबसे अधिक है मध्य 80 के दशक में, प्रति 100,000 जीवित बच्चों की जन्म पर उ0प्र0 में मृत्यु दर 931 था। इस समय विश्व के जिन देशों के आँकड़े उपलब्ध थे, उनमें सिर्फ पाँच राष्ट्रों का मातृ–मृत्यु दर इससे अधिक था – (सोमालिया, भूटान, घाना, जामर्बिया व कांगो)

उ0प्र0 के जीवन सूचकांक न केवल अन्य देशों की तुलना में दयनीय है वरन् यह भारत के अन्य प्रगतिशील राज्यों की तुलना में भी बहुत पीछे है। उदाहरणतः एक नवजात कन्या जो केरल में जन्म लेती है। उसकी आयु उ0प्र0 में जन्मी बालिका से 20 वर्ष अधिक होगी। एक वर्ष की आयु के पूर्व उसकी मृत्यु की संभावना भी उ0प्र0 में केरल से 6 गुना अधिक होगी। (GOI 1993 a, p 31), दक्षिण भारत व उ0प्र0 का जनसांख्यिकीय अन्तर भी अचम्भित करने वाला है (सारणी 2) शिशु जीवन का जनसंख्या प्रमाण, शिशु पोषण के स्वतंत्र प्रमाण से बहुत संबंधित है।

निम्न जीवन स्तर के अतिरिक्त, उच्च प्रजनन दर भी प्रदेश की जनसंख्या का एक लक्षण है। अन्तिम उपलब्ध आँकड़ों (सारणी–2) के अनुसार, भारत के सभी राज्यों में उ0प्र0 की जन्म व प्रजनन दर अधिकतम है। मृत्यु व प्रजनन दरों के क्षेत्र में उच्च से

निम्न स्तर को ओर अग्रसर होने में, उ0प्र0 की प्रगति बहुत कम हुई है।

मध्य 80 के दशक तक मुख्य प्रदेशों में, उ0प्र0 में नवजात व शिशु मृत्यु दर अधिकतम है, जो अन्य राज्यों में बहुत बड़े अंतर पर स्थित है। यहाँ का अधिकतम आयु अनुमान भी निम्नतम है। हाल ही के वर्षों में, इस क्षेत्र में कुछ प्रगति हुई है।

सारणी – 2

जनसांख्यिकीय एवं स्वास्थ्य सूचक

	उत्तर प्रदेश	दक्षिण भारत	उ0प्र0 से खराब स्थिति वाले प्रदेश
जन्म के समय आयु अनुमान, 1990–92(वर्ष)			
स्त्री	54.6(14)	64	मध्य प्रदेश, 53.5
पुरूष	56.8(13)	60.9	मध्य प्रदेश, 54.1 उड़ीसा, 55.9
अन्य मृत्यु सूचक			
कुल मृत्यु दर, 1992 (प्रति 1000 पर)	12.8(14)	8.4	मध्य प्रदेश, 12.9
5 से कम आयु में मृत्यु दर, 1992–93	141(15)	82	कोई नहीं
अनुमानित मातृत्व मृत्यु दर, 1982–86(प्रति 100000 जीवित जन्मों पर)	931(14)	365	राजस्थान, 938
प्रजनन सूचक			
कुल प्रजनन दर, 1991	5.1(15)	2.6	कोई नहीं
कुल जन्म दर, 1992–2	35.8(15)	23.5	कोई नहीं
स्त्री–पुरूष अनुपात, 1991 प्रति 1000 पुरूषों पर स्त्रियाँ	879(14)	979	हरियाणा, 865

नोट : कोष्ठक में, उत्तर प्रदेश का उन 15 प्रदेशों में स्थान, जिनके आँकड़े उपलब्ध हैं। आंध्र प्रदेश, बिहार, गुजरात, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, कर्नाटक, केरल, मध्य प्रदेश, महाराष्ट्र, उड़ीसा, पंजाब, राजस्थान, तमिलनाडु, उत्तर प्रदेश, पश्चिम बंगाल, ये प्रदेश बढते हुए सूचकों के क्रम में हैं, सिर्फ अनुमानित आयु और स्त्री पुरूष अनुपात घटते क्रम में हैं।

शैक्षिक स्तर

जनसंख्या निर्धारकों के अध्ययनों से पता चलता है कि मृत्यु व प्रजनन दर में कमी लाने में साक्षरता ने महत्वपूर्ण सहायता की है। ध्यान देने योग्य बात यह है कि जो चार प्रदेश जनसांख्यिकीय परिवर्तनों में सबसे पीछे हैं (बिहार, मध्य प्रदेश, राजस्थान व उ0प्र0) उन्हीं प्रदेशों की साक्षरता दर भी निम्नतम है। 1991 की जनगणना इंगित करती है कि 7 वर्ष व उससे अधिक आयु की साक्षरता दर, इन चार राज्यों में दक्षिण भारत से 38 प्रतिशत के अंतर पर है। (कम आयु वर्ग में उ0प्र0 का यह अन्तर और स्पष्ट होता है)

इन चार राज्यों में स्त्री साक्षरता की दशा बहुत दयनीय है। उ0प्र0 में 1991 में, 7(+) के आयु वर्ग में, 4 में से सिर्फ 3 स्त्रियाँ ही पढ़–लिख सकती हैं (देखें सारणी–1) कुल साक्षरता आँकड़ें, विभिन्न क्षेत्रों व जनसंख्या समूहों के बीच के अंतर को छिपाती हैं, इसमें अलाभान्वित समूह की उपलब्धियाँ सबसे कम हैं यद्यपि उ0प्र0 में कुल 7(+) स्त्री साक्षरता दर 1991 में 25 प्रशित थी। अनुसूचित जाति के लिए यह 11 प्रतिशत व ग्रामीण क्षेत्रों की अनुसूचित जाति के लिए यह 8 प्रतिशत थी। शैक्षिक रूप से सबसे पिछड़े जिलों में कुछ ग्रामीण जनसंख्या के लिए यह दर मात्र 8 प्रतिशत थी।

व्यक्तिगत व सामाजिक महत्व पर दूरगामी प्रभाव के बावजूद साक्षरता की उपलब्धि शिक्षा के अर्थ में अधिक नहीं रही है। यदि हम शैक्षिक उपलब्धियों पर ध्यान दें, तो इसकी मुख्य कसौटियाँ प्राथमिक व सेकेन्ड्री शिक्षा, बहुत पीछे रह गयी है। जैसे, 1992–93 में उ0प्र0 में कुल साक्षर पुरूषों में से आधे पुरूषों ने, तथा साक्षर महिलाओं में से 40 प्रतिशत महिलाओं ने ही प्राथमिक व आध्यत्मिक स्तर की 8 वर्षीय शिक्षा पूर्णरूप से प्राप्त की थी।

सारणी – 3

उत्तर प्रदेश : शैक्षिक उपलब्धियाँ तथा भागीदारी

	पुरूष	स्त्री
साक्षरता दर, आयु 7+, 1991(प्रतिशत)		
ग्रामीण	52(63)	19(41)
शहरी	70(83)	50(68)
ग्रामीण व शहरी संयुक्त	56(68)	25(49)
साक्षरता दर, 7+1991: ग्रामीण इलाकों में अनुसूचित जाति(प्रतिशत)	39(49)	8(28)

साक्षरता दर, आयु 10–14, 1987–88(प्रतिशत)		
ग्रामीण	68(84)	39(72)
शहरी	76(90)	69(85)
12–14 आयु वर्ग के उन बच्चों का अनुपात जिन्होंने कभी स्कूल में प्रवेश नहीं लिया हो, 1986–87(प्रतिशत)		
ग्रामीण	27(14)	68(28)
शहरी	19(7)	39(22)
ग्रामीण बच्चों का अनुपात जो स्कूल जाते हों 1987–88(प्रतिशत)		
आयु 5–9	45(75)	28(68)
आयु 10–14	64(74)	31(58)

नोट : कोष्ठक में दक्षिण भारत के आँकड़े

कम आयु वर्ग में उच्च निरक्षरता दर उ0प्र0 की शैक्षिक स्थिति का एक लक्षण है। अतः ऐसा नहीं है कि सिर्फ वयस्क ही निरक्षर है, वरन् औसत साक्षरता दर कम आयु वर्ग के निरक्षर होने के कारण भी प्रभावित होती है। कम आयु वर्ग में निरक्षरता विशेषकर ग्रामीण क्षेत्रों में अधिक है।

80 के दशक उत्तरार्द्ध में, 10–14 आयु वर्ग में ग्रामीण पुरूष निरक्षरता 323 प्रतिशत, ग्रामीण स्त्री निरक्षरता 61 प्रतिशत रही। 12–14 आयु वर्ग की ग्रामीण बालिकाओं में से दो तिहाई से अधिक बालिकायें कभी स्कूल नहीं गयी हैं। (देखें सारणी–3) 14 वर्ष के सभी बच्चों के लिए शिक्षा का जो लक्ष्य 1960 तक प्राप्त हो जाना चाहिए था, उ0प्र0 उस उद्देश्य के समीप भी नहीं है।

2.4 लिंग भेद व वंचित स्त्रियां (डेप्रिवेशन) : व्यापक निरक्षरता अकेले उ0प्र0 की विशेषता नहीं है वरन् अन्य उत्तरी क्षेत्रों (बिहार, म0प्रदेश व राजस्थान) की स्थिति भी इस क्षेत्र में उ0प्र0 से अच्छी नहीं है। किन्तु लिग भेद की स्थिति, उ0प्र0 में राष्ट्र के अन्य राज्यों से भी खराब है। इसका एक बड़ा सूचक 1991 की जनसंख्या का लिंग अनुपात है। (देखें सारणी), प्रति 1000 पुरूषों पर उ0प्र0 में स्त्रियों की संख्या 879 थी)

18) केरल में 1987–88 में कुल जनसंख्या की 23 प्रतिशत संख्या निरक्षर थी लेकिन

10–19 आयु वर्ग में 3 प्रतिशत से भी कम निरक्षरता दर था। उ0प्र0 में निम्न स्त्री–पुरूष अनुपात, स्त्री भेदभाव का ही एक प्रभाव है।

सारणी – 4

अलाभान्वित स्त्रियाँ

	उत्तर प्रदेश	**दक्षिण भारत**
स्त्रियाँ प्रति 1000 पुरूषों पर (1991)		
सभी आयु वर्ग के लिए	879	979
0–6 आयु वर्ग के लिए	928	962
लिंग भेद		
स्त्रियों की मृत्यु दर पुरूषों के अनुपात में(1991)		
0–4 आयु वर्ग	1.16	0.94
5–14 आयु वर्ग	1.17	0.97
15–34 आयु वर्ग	1.26	0.84
मातृत्व मृत्यु दर प्रति 100000 पर		
जीवित जन्म (198–86)	931	365
अनुमानित आयु में लिंग भेद(1992–93)		
स्त्री–पुरूष में वर्ष अनुपात	–2.2	+3.1

शैशवावस्था व बाल्यावस्था में स्त्री के प्रतिकूल भेदभाव व उच्च प्रजनन व मातृत्व मृत्यु दर के कारण उ0प्र0 में जन्म के समय स्त्रियों के अधिकतर आयु सीमा पुरूषों की अपेक्षा कम होती है, यह स्थिति दक्षिण भारत से भिन्न है। जहाँ स्त्रियों का जीवनकाल पुरूषों की अपेक्षा 5 वर्ष अधिक होता है।

उ0प्र0 में स्त्री–पुरूष अनुपात न केवल निम्न है वरन यह इस शताब्दी के आरम्भ से लगातार घट रहा है। 1901 में 0.94 से घटकर 1991 में यह अनुपात 0.88 हो गया था। इस घटते अनुपात को उ0प्र0 में व्याप्त लिंग भेदभाव को जाने बिना नहीं समझा जा सकता। आधुनिकीकरण व विकास का उ0प0 में लिंग भेद घटाने में कोई विशेष महत्व नहीं रहा है।

संयुक्त राष्ट्र द्वारा घोषित बाल अधिकार घोषणा पत्र में बच्चें के चार अधिकार तय किए गए है। यथा

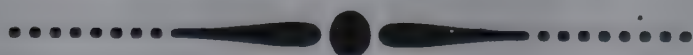
1. जीवित रहने का अधिकार

2. विकास के अवसर का अधिकार
3. सुरक्षा का अधिकार
4. भागीदारी का अधिकार

यदि बच्चों के स्वास्थ्य की दृष्टि से देखें तो जीवित रहने का अधिकार सर्वाधिक महत्वपूर्ण है। इस अधिकार के अन्तर्गत देश/प्रदेश के प्रत्येक बच्चे का जीने का जन्मजात अधिकार है। इसका मूल मंतव्य यह है कि जैसे ही एक बच्चा गर्भ में आता है उसे व उसकी माता को वह सभी सेवा–सुविधाएं सुलभ हों जिससे वह स्वस्थ्य तथा सामान्य रूप में जन्म ले सके और जन्म लेने के उपरान्त उसके पोषण, स्नेहिल पालन पोषण, लालन–पालन की सभी सुविधाएं मुहैया करायी जायें जिससे वह दीर्घ जीवन प्राप्त कर सके।

इस अधिकार के क्रियान्वयन के लिए जो कार्यक्रम प्रस्तावित किए गए हैं वह संक्षेप में निम्नवत् हैं –

1. शिशु/बाल मृत्यु व मातृ मृत्यु को नियंत्रित/समाप्त करना।
2. बीमारी व कुपोषण को दूर करना। आसानी से उलब्ध प्रावैधिकी के प्रयोग द्वारा पर्याप्त पौष्टिक भोजन, सुरक्षित पेयजल उपलब्ध कराना व पर्यावरण प्रदूषण से बचाने के प्रयास शामिल हैं।
3. प्रावैधिकी भी बेहतर उपयोग कर जीवन प्रत्यक्षा को बढ़ावा देना।

उपरोक्त विवरण से यह स्पष्ट हो रहा है कि इस अधिकार को प्राप्त करने के लिए उत्तर प्रदेश में आज भी कितनी दूरी रह गई है।

उ0प्र0 में बाल श्रमिक के रूप में काम करने वाले बच्चों में स्वास्थ्य समस्या : उ.प्र. में बच्चों की विशेष स्थिति

बच्चों को समाज में सबसे संवेदनशील समूहों में रखा जाता है जिनकी विशेष देखभाल की जरूरत महसूस की जाती है। मगर वर्तमान बालश्रम कानून कारखानों एवं अन्य प्रतिष्ठानों में अच्छी तरह से लागू नहीं किए गए हैं। इन स्थानों पर बहुत सारे ऐसे पक्ष हैं जहाँ वैधानिक कार्यवाही नहीं की जा सकती, वरन् कानून स्वयं इन प्रतिष्ठानों में बालश्रम को स्वीकृति देता है। परिणामंस्वरूप, अस्वास्थ्यकर कार्य की दशाओं में बहुत सारे बच्चे कई तरह के अद्योगों/प्रतिष्ठाानों में विभिन्न प्रकार की स्वास्थ्य समस्याओं के शिकार बनते है।

उ0प्र0 में कुछ प्रमुख उद्योग जिनमें बाल मजदूर काम करते हैं और उसे होने वाली स्वास्थ्य समस्याओं का विवरण निम्नलिखित है –

1. खुर्जा की चीनी–मिट्टी बर्तन उद्योग : 600 सालों से भी पुराने बर्तन उद्योग में भी बाल श्रमिकों की काफी बड़ी संख्या कार्यरत है। इस उद्योग में काम करने से दमा, खाँसी का रोग, तपेदिक आदि की संभावना बढ़ जाती है। साथ ही सिलिकोसिस के रोगी भी यहाँ पाये जाते हैं। बहुत अधिक तापमान के अन्तर्गत काम करने के कारण आँखों को गंभीर क्षति पहुँचती है।

2. अलीगढ़ का ताला उद्योग : इस उद्योग में 14 वर्ष से कम उम्र के बच्चों की संख्या लगभग 10–15 हजार है। इस उद्योग से भी दमा और फेफड़े की बीमारी बढ़ती है। तपेदिक, साथ–साथ फेफड़े के कैंसर का भी इसमें डर रहता है।

3. मुरादाबाद का पीतल बर्तन उद्योग : वर्तमान समय में लगभग 50,000 बच्चे मुरादाबाद के बर्तन उद्योग में कार्यरत हैं। इस उद्योग में जलना और अपंगता के साथ–साथ चर्म रोग और आँखों की बीमारी का डर रहता है।

4. फिरोजाबाद का चूड़ी उद्योग :
इस उद्योग में लगभग 50,000 संख्या 14 वर्ष से कम उम्र के बच्चें जुड़े हैं। इस उद्योग में कार्यरत कर्मीयों को फेफड़े की बिमारी के साथ–साथ उनकी आयु 10–15 वर्ष कम हो जाती है। 30–35 वर्ष का मजदूर अपनी आजीविका चलाने योग्य नहीं रहता।

5. कालीन उद्योग : कालीन उद्योग में काम करने वाले बच्चों में 50 प्रतिशत में रक्ताल्पता और कीड़े की शिकायत पायी गयी हैं। लगातार पैर लटकाकर बैठने के कारण पैर के निचले भाग में सूजन और जोड़ों में दर्द आम समस्या है। रतौंधी और कमजोरी इन बच्चों में आम समस्या है।

जन स्वास्थ्य माँग–पत्र
जन स्वास्थ्य सभा – 2000

हम भारत के लोग मौजूदा विषम वैश्विक व्यवस्था की एक स्वर निन्दा करते हैं। वैश्वीकरण' के आवरण में लिपटी यह .व्यवस्था भूमंडलीय पैमाने पर अनेकानेक लोगों को भयानक और अतुलनीय विपन्नता और विनाश के मंह में धकेल रही है। यह व्यवस्था महज चंद ताकतवर देशों और बहुराष्ट्रीय निगमों के मुनाफे के लिए तमाम गरीब देशों की अर्थ–व्यवस्थाओं को बेहद सुनियोजित ढंग से तबाह कर रही है। इस व्यवस्था ने जिन शक्तियों को जन्म दिया है वह पूरी पृथ्वी पर गरीबों को और साथ ही अमीर देशों के गरीब तबकों को और हाशिये पर धकेल रही है क्योंकि इस व्यवस्था ने न केवल ऐसे शक्तिहीन लोगों को उनके घर–परिवार से उजाड़ दिया है बल्कि आजीविका के साधनों से भी बेदखल कर दिया है। ऐसी व्यवस्था का घोर विरोध करते हुए हम समग्र स्वास्थ्य सेवाओं के अपने अविभाज्य अधिकार को एक बार फिर दोहराते और उसकी मांग करते है। हम मांग करते हैं स्वास्थ्य की, जो खाद्य सुरक्षा और सुरक्षित रोजगार के अवसरों सहित टिकाऊ आजीविका विकल्पों, आवास सुविधाओं, पेयजल व स्वच्छता और सबके लिए समुचित स्वास्थ्य सेवा के प्रावधानों से लैस हो।
संक्षेप में – 'सबके लिए स्वास्थ्य का अधिकार, अभी !'

अंतर्राष्ट्रीय समुदाय ने अल्माअता घोषणा के जरिए जो वायदे किए थे, विश्व बैंक, आई. एम.एफ., डब्ल्यू.टी.ओ. और उसके पुराने संस्करणों ने उन्हें एक सिरे से झुठला दिया है। इन संस्थानों में न केवल विश्व स्वास्थ्य संगठन बल्कि हमारी सरकार भी शामिल है जो अंतर्राष्ट्रीय वित्तीय पूंजी के इशारों पर काम कर रही है। 'वैश्वीकरण' की शक्तियां ढांचागत समायोजन कार्यक्रमों जैसे प्रावधानों के जरिए उन तमाम संसाधनों पर निशाना साथ रही हैं जिन्हें पिछले पचास सालों के दौरान हमारे लोगों ने अपने श्रम और खूब पसीने से सींच कर खड़ा किया है। अब इन्हीं संसाधनों को अत्यधिक मुनाफों के लिए वैश्विक 'बाजार' की नज़र किया जा रहा है। सार्वजनिक क्षेत्र के स्वास्थ्य संस्थानों, सार्वजनिक वितरण व्यवस्था आदि जो भी प्रावधान थे उनके सीमित लाभों को भी हम से छीना जा रहा है और बिडम्बना यह है कि अब हमारी ऐसी स्थितियों के लिए हमें ही जिम्मेदार ठहराया जा रहा है। कहा जा रहा है कि यह हमारी भारी संख्या और उसमें तेज़ी से वृद्धि का ही परिणाम है। हम स्वास्थ्य को एक न्यायपूर्ण अधिकार मानते है और समग्र स्वास्थ्य सेवा सुविधा की मांग करना हम सभी का मूलभूत संवैधानिक अधिकार होना चाहिए। हम इस बात पर एक बार फिर बल देते हैं कि हमारे स्वास्थ्य का नियंत्रण स्वयं हमारे हाथों में ही होना चाहिए। इसके लिए हमें जो अधिकार मिलने

चाहिए वह हैं :

- स्थानीय शासन की एक विकेन्द्रीकृत व्यवस्था, जिसके पास पर्याप्त शक्तियाँ तो हों ही, साथ ही वह पर्याप्त वित्तीय साधनों से लैस और स्थानीय स्तर पर योजना बनाने के लिए पर्याप्त रूप से स्वाधीन हो।
- 'जमीन जोतने वाले को' सूत्र वाक्य के आधार पर कृषि की एक टिकाऊ और आत्म–निर्भर व्यवस्था। यहाँ जोतने वालों में स्त्री–पुरूष दोनों को ही समान रूप से शामिल किया जाए। विकेन्द्रीकृत सार्वजनिक वितरण व्यवस्था के साथ जमीन और पानी का समतापरक वितरण सुनिश्चित किया जाए ताकि कोई गरीबी और भूख की पीड़ा झेलने को विवश न रहे।
- शिक्षा, पर्याप्त और सुरक्षित पेयजल एवं आवास तथा स्वच्छता सुविधाओं तक सबकी समान पहुँच हो।
- एक जीवनोचित, टिकाऊ आजीविका स्रोत।
- एक साफ और टिकाऊ पर्यावरण।
- एक ऐसा औषधि उद्योग जो सर्व सुलभ हो और सस्ते दामों पर अपने देश में आमतौर पर होने वाली बीमारियों के लिए दवाईयां उपलब्ध कराने को तैयार हो।
- एक ऐसा स्वास्थ्य जो जेंडर भेदभाव से मुक्त हो और लोगों की जरूरतों के प्रति संवेदनशील हो। ऐसी व्यवस्था का नियंत्रण स्वास्थ्य सेवा की बाजार द्वारा परिभाषित अवधारणा के बजाय स्वयं लोगों के हाथ में होना चाहिए।

हम निम्नलिखित के विरूद्ध अपना दृढ़ प्रतिरोध भी दर्ज कराते हैं :

- ऐसी कृषि नीतियाँ जो भोजन तक समाज की सहज पहुंच की अनदेखी करने वाले बाजार की जरूरतों की ही चाकरी करती हैं।
- निजी मुनाफे के लिए हमारे आजीविका और संपत्ति, हमारे प्राकृतिक संसाधनों के विनाश और जैव–विविधता को छीना जाना।
- स्वास्थ्य व्यवस्था को महज चिकित्सा सुविधाएं मुहैया कराने और ऐसी सेवाएं मुहैया कराने तक सीमित कर देना जो महंगी प्रौद्योगिकी पर आधारित है और केवल कुछ लोगों को ही सुलभ है।
- सरकार द्वारा निःशुल्क स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने के दायित्व से पीछे हटना। इसके लिए सरकार ने स्वास्थ्य सेवा पर सार्वजनिक व्यय में कटौती की है और सार्वजनिक क्षेत्र चिकित्सा संस्थानों में उपभोक्ता से शुल्क वसूल करने का प्रावधान किया है जिससे गरीबों पर भारी बोझ पड़ा है।
- स्वास्थ्य सेवाओं का कॉर्पोरेटिकरण और व्यवसायीकरण, स्वास्थ्य सेवाओं में

कॉर्पोरेट जगत के लिए राज्य द्वारा दी जाने वाली सब्सिडियों में इज़ाफा, और स्वास्थ्य बीमा सुविधाओं को कॉर्पोरेट जगत के हवाले करना।

- जबरदस्ती जनसंख्या नियंत्रण और घातक गर्भ–निरोधक प्रौद्योगिकी तथा दवाईयों को हमारी पहुँच से दूर करने के लिए पेटेंट कानूनों का प्रयोग।
- साम्प्रदायिकता, जातिवाद, पितृसत्ता और इनसे जुड़ी हिंसा व अन्य विभाजक व दमनकारी शक्तियों को संस्थाबद्ध करना, इन कारकों ने हमारी शान्ति को नष्ट कर दिया है तथा हमारी एकजुटता को छिन्न–भिन्न कर डाला है।

ऊपर की गई बातों की रोशनी में हम मांग करते हैं कि :

1. स्वास्थ्य सेवा व्यवस्था से जुड़ी सभी नीतियों को अल्माआता घोषणा में दी गई समग्र स्वास्थ्य सेवा की अवधारणा के आधार पर ही बनाया जाना चाहिए। अनेक लंबवत (नीचे से ऊपर की तरफ केन्द्रित) कार्यक्रमों के जरिए स्वास्थ्य सुविधाओं को जिस प्रकार विखंडित किया जा रहा है उस पर रोक लगनी चाहिए। विकेन्द्रित नियोजन, निर्णय प्रक्रिया और कार्यान्वयन में स्थानीय समुदाय को शामिल करते हुए राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रमों को प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा व्यवस्थाओं में समाहित किया जाना चाहिए। जैव चिकित्सा और व्यक्ति केन्द्रित उपायों के स्थान पर सामाजिक, पारिस्थितिकीय व समुदाय आधारित उपायों पर ज्यादा ध्यान केन्द्रित किया जाना चाहिए।

2. प्रशिक्षित ग्राम स्वास्थ्यकर्मी, उप–केन्द्रों और डॉक्टरों व आई.सी.डी.एस. कार्यकर्ताओं से लैस तमाम सामुदायिक स्वास्थ्यकर्मियों से युक्त प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों सहित सभी प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा संस्थानों को संबंधित पंचायती राज संस्थानों के सीधे प्रशासकीय व आर्थिक नियंत्रण में दिया जाय प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा संस्थानों का संपूर्ण ढाँचा पंचायत और ग्राम सभाओं के नियंत्रण में तथा द्वितीयक और तृतीयक स्तर की सेवाओं का नियंत्रण जिला परिषद के हाथों में रहे। इन द्वितीयक और तृतीयक सेवाओं तक पहुँच प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों से रेफर करवाने के जरिए मिले।

प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा व्यवस्था के मूलभूत अंग इस प्रकार होने चाहिए :

- समुदाय द्वारा चुने गए और ग्राम सभा/पंचायत द्वारा सहयोग प्राप्त ग्राम स्वास्थ्यकर्मी पर आधारित ग्राम स्तरीय स्वास्थ्य सेवा व्यवस्था तथा सरकारी स्वास्थ्य सेवाएं जिनके पास नियंत्रण शक्तियों के साथ–साथ पर्याप्त संसाधन भी हों।

- पर्याप्त स्टाफ और आपूर्तियों से लैस प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र व उपकेन्द्र जहाँ बढ़िया उपचारक सेवायें प्रदान की जायें। ये सुविधायें रेफरेल नेटवर्क के जरिये स्वास्थ्य केन्द्रों पर ही उपलब्ध हों।
- शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों को आधार बनाकर शहरों में प्राथमिक स्वास्थ्य व्यवस्था का एक समग्र बुनियादी ढाँचा। इसके साथ–साथ वार्ड कमेटियों और नगरपालिकाओं आदि स्थानीय स्वशासन निकायों के नियंत्रण में स्वास्थ्य चौकियों और सामुदायिक स्वास्थ्यकर्मियों का भी प्रावधान किया जाना चाहिए।
- प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा व्यवस्था का दायरा बढ़ाया जाए ताकि उसमें ऐसे सभी प्रावधानों को शामिल किया जा सके जिन्हें प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों पर ही मुहैया कराया जा सके। इसके लिए सामान्य या गैर संक्रामक रोगों (जैसे मिर्गी, उच्च रक्तचाप, गाठिया, प्री–राक्लैम्पसिया, त्वचारोग आदि) के साथ–साथ एकीकृत जीवनावश्यक तथा निरोधक उपायों की भी व्यवस्था प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में ही की जा सकती है।
- स्थानीय स्तर पर संक्रामक रोगों की स्थिति और तृतीयक स्वास्थ्य सेवाओं पर निगरानी रखने के लिए ब्लॉक स्तर पर निगरानी केन्द्र स्थापित किए जाएं। इन केन्द्रों में विशेषज्ञों की सुविधाएं उपलब्ध होनी चाहिए।

3. समग्र चिकित्सा सेवा कार्यक्रमों के लिए धन मुहैया कराने की जिम्मेदारी सरकार की होनी चाहिए और इस मद में सरकार को हमारे देश के सकल राष्ट्रीय उत्पाद की 5 प्रतिशत तक राशि व्यय करनी चाहिए। इसमें से भी कम से कम आधी राशि पंचायती राज संस्थाओं को आबंटित की जानी चाहिए ताकि प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं का सुचारू संचालन किया जा सके। इसके साथ–साथ पंचायती राज संस्थाओं को अधिक दायित्व सौपे जाएं ताकि वह ऐसे कार्यक्रमों को बड़े पैमाने पर भी लागू कर सके। इसके लिए उनकी क्षमता बढ़ाने के लिए भी आवश्यक कदम उठाए जाने चाहिए।

4. सरकारी चिकित्सा संस्थानों के धीरे–धीरे निजीकरण की नीति को फौरन रद्द किया जाना चाहिए। इसके लिए गरीबों तक के लिए भी उपभोक्ता शुल्क का प्रावधान किया गया है, सरकारी डॉक्टरों को प्राईवेट प्रैक्टिस के लिए छूट दी जा रही है तथा प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों को ठेके पर दिया जा रहा है। इन सभी नीतियों को तत्काल वापस लिया जाना चाहिए। किसी नागरिक को समुचित चिकित्सा सेवा मुहैया करा न पाने को कानूनी अपराध घोषित कर दिया जाना चाहिए।

5. वर्तमान समय में विशेषज्ञों को अत्यधिक गिनती में पैदा करने वाली व्यवस्था की जगह ऐसी व्यंवस्था लाई जाय जो भारी संख्या में सहायक चिकित्सा कर्मियों के साथ सामान्य डाक्टरों को तैयार करे. नर्सों तथा चिकित्सा सहायकों की स्नातक स्तर तक चिकित्सा शिक्षा का अधिकांश भाग जिला स्तरीय चिकित्सा शिक्षा संस्थानों में दिया जाय जो मेडिकल/नर्सिंग कालेजों तथा अन्य संस्थानों में दिलाये जाने वाले प्रशिक्षण का एक भाग होगा. निजी क्षेत्र में कोई और मेडिकल कालेज न खोले जांय. सरकारी मेडिकल कालेजों से अधिक फीस लेने वाले प्राइवेट मेडिकल कालेजों को बन्द करने के कदम उठाये जांय तथा मेडिकल कालेजों के टीचरों द्वारा प्राइवेट ट्यूशन देने पर रोक लगाई जाय. चिकित्सा, नर्सिंग तथा चिकित्सा सहायक स्नातकों के लिए कम से कम एक वर्ष तक गांवों में सेवा करना अनिवार्य किया जाय जिसके बिना इनको लाइसेंस न दिया जाय. इसी प्रकार परास्नातकों के लिए तीन वर्ष तक गांवों में सेवा अनिवार्य की जाय.

6. वाणिज्यिक निजी स्वास्थ्य सेवा के बेरोकटोक विस्तार पर रोक लगाई जाय. चिकित्सा ओर सर्जिकल विधियों तथा निदान विधियों के प्रयोग के लिए मानक निर्देश, मानक फीसों का ढांचा बनाया जाय तथा डाक्टरों द्वारा मरीजों को दिये जाने वाले नुस्खों का समयबद्ध आडिट आवश्यक बनाया जाय. सभी निजी अस्पतालों, नर्सिंग/मैटर्निटी होम तथा डायग्नोस्टिक लैबों द्वारा न्यूनतम मानकों को सुनिश्चित करने की कानूनी और सामाजिक व्यवस्था की जाय. मरीजों को दूसरे डाक्टरों के पास भेजे जाने पर लिये जाने वाले कमीशन की वर्तमान परंपरा को कानून द्वारा दंडनीय बनाया जाय. इस उद्‌देश्य से उचित अधिकार संपन्न व्यवस्था बनाई जाय जिसमें जन संगठनों तथा चिकित्सकीय पेशों का उचित प्रतिनिधित्व हो.

7. बढ़िया किस्म की और सस्ती मूलभूत औषधियों के उत्पादन के लिए एक आत्म–निर्भर उद्योग का विकास अनिवार्य है। इसके लिए तर्कसंगत औषधि नीति बनाई जाए। इस नीति में इन तत्वों को प्राथमिकता दी जाए –

- तमाम बेतुकी और नुकसानदेह दवाईयों पर प्रतिबंध लगाया जाए। मौजूदा दवाईयों की समय–समय पर जाँच–पड़ताल के साथ–साथ, नई दवाईयों और नुस्खों को जारी करने के बारे में प्रभावी नियंत्रण व्यवस्था स्थापित की जाए।

- मूलभूत औषधियों के लिए उत्पादन कोटा और मूल्य सीमाएं निर्धारित की जाएं।
- सभी दवाईयों–नुस्खों के विज्ञापन, प्रचार और मार्केटिगं पर नैतिक मानदंडों के आधार पर निगरानी की जाये।
- पुरानी और नई वैक्सीनों के प्रयोग के विषय में दिशा–निर्देश निर्धारित किए जाए।
- बहुराष्ट्रीय कम्पनियों की गतिविधियों पर लगाम लगाई जाए और उन्हें ऐसे क्षेत्रों में ही हस्तक्षेप करने की छूट दी जाए जहाँ वे नई प्रौद्योगिकी लाने को तैयार हों।
- नए पेटेंट अधिनियम के उन्मूलन के लिए कदम उठाए जाएं और ऐसे तौर तरीके विकसित किए जाएं जो एकाधिकारों को पनपने से रोकें और नई दवाईयां सस्ती कीमतों पर उपलब्ध हो सकें।
- दवाईयों व चिकित्सा आपूर्तियों के उत्पादन में सार्वजनिक क्षेत्र को बढ़ावा दिया जाए। इसका लक्ष्य इस क्षेत्र में पूर्ण आत्म–निर्भरता प्राप्त करना होना चाहिए।

8. चिकित्सा अनुसंधान संबंधी प्राथमिकताएं हमारे देश की स्वास्थ्य और मृत्यु दर संबंधी स्थिति के आधार पर तय की जानी चाहिए। इसके अलावा अनुसंधान की दिशा, उद्देश्य एवं केन्द्र बिन्दु सम्बंधी तमाम ब्यौरों में पूरी पारदर्शिता बरती जानी चाहिए। ऐसे कार्यक्रमों के लिए प्रर्याप्त सरकारी फंडिंग उपलब्ध कराई जाए। मानवीय माध्यमों (मनुष्यों पर परीक्षण) के विषय में अनुसंधानों के बारे में नैतिक दिशा–निर्दशों का निर्धारण एक सार्वजनिक बहस के बाद ही किया जाना चाहिये। जब तक व्यक्ति की पूरी और संसूचित सहमति न हो और उसे प्रर्याप्त कानूनी संरक्षण न मिल गया हो तब तक उस पर कोई नए प्रयोग न किए जायें। ऐसा कर पाने में विफलता को संज्ञेय अपराध घोषित किया जाना चाजिए। तमाम तरह के अनैतिक अनुसंधानों, विशेष कर गर्भ–निरोधकों के क्षेत्र में, को फौरन बंद किया जाए। जिन महिलाओं और पुरूषों पर उनकी सहमति और जानकारी के बिना प्रयोग किए गए है, विशेषकर घातक गर्भ–निरोधक प्रौद्योगिकियों के लिए, उन्हें ढूँढ कर पर्याप्त मुआवजा दिया जाय और उनका पुनर्वास कि जाय। ऐसे जनविरोधी, अनैतिक और गैर–कानूनी अनुसंधानों में लगे संस्थानों (सरकारी या गैर–सरकारी) के खिलाफ अत्यन्त कठोर कार्रवाई की जाए ताकि कोई ऐसा अपराध करने की हिम्मत न कर सके।

9. परिवार के आकार को सीमित करने के लिए, उत्प्रेरकों और हतोत्साहकों सहित तमाम जबरिया तरीकों को फौरन समाप्त किया जाए। महिला या परिवार कितने बच्चे चाहते है, उनके इस अधिकार को मान्यता दी जानी चाहिए। इसके साथ ही,

सुरक्षित व सस्ते गर्भ–निरोधक उपायों तक पहुँच सुनिश्चित की जाए ताकि लोग, विशेषकर महिलाएं इस विषय में जानकारी भरा और सचेत चुनाव कर सकें। तमाम दीर्घकालिक, अतिक्रमणकारी, सुनियोजित जीवनघातक गर्भनिरोधक प्रौद्योगिकियों, जैसे इंजेक्शन (एन.इ.टी.एन., डे.पो.–प्रोवेरा वगैरह), सब डर्मा–1 प्रत्यारोपण (नोरप्लांट) और एंटी–फर्टीलिटी वैक्सीनों के प्रयोग पर फौरन रोक लगाई जानी चाहिए। अभी के हालात में गर्भ–निरोधक का पूरा जोर महिलाओं पर ही केन्द्रित है। इसकी बजाय महिलाओं के साथ–साथ पुरूषों को भी इस दल में लेने के लिए फौरन कदम उठाए जाने चाहिए ताकि पुरूषों पर भी उतनी ही जिम्मेदारी डाली जा सके। सुरक्षित गर्भपात के लिए समुचित सुविधाएं प्राथमिक स्वास्थ्य के स्तर तक उपलब्ध होनी चाहिए।

10. स्थानीय और घरेलू उपचार पद्धतियों सहित सभी परंपरागत उपचार व्यवस्थाओं को बढ़ावा दिया जाना चाहिए। इससे न केवल ज्ञान भंडार के फैलाव में मदद मिलेगी बल्कि आधुनिक चिकित्सा व्यवस्था के साथ–साथ इन पद्धतियों का भी प्रयोग एक समग्र और एकीकृत चिकित्सा व्यवस्था को संभव बना सकेगा।

11. स्वास्थ्य सेवा के बारे में निर्णय प्रक्रिया में पारदर्शिता लायी जाए। इस सिद्धान्त को सभी स्तरों पर लागू किया जाए तथा इसमें सूचना के अधिकार को भी शामिल किया जाय। स्वास्थ्य नीतियों में बदलाव व्यापक वैज्ञानिक सार्वजनिक बहस के बाद ही किया जाना चाहिए।

12. संक्रामक रोगों की पुर्नावृत्ति रोकने के लिए परिस्थितिकीय व सामाजिक उपायों का प्रावधान किया जाए। इन उपायों में निम्नलिखित तत्वों को शामिल किया जाए:

- सभी विकास परियोजनाओं में स्वास्थ्य पर प्रभाव संबंधी आकंलनों को अवश्य शामिल किया जाए।
- प्राईवेट डॉक्टरों सहित तमाम स्वास्थ्य सेवाकर्मियों को मलेरिया, टी.बी. जैसे व्यापक बीमारियों के बारे में अनिवार्य रूप से जानकारी दी जाए और इन बीमारियों के बारे में प्रभावी निगरानी व समीक्षा की जाए।
- सार्वभौमिक यौन शिक्षा, जिम्मेदारीपूर्ण यौन व्यवहार, जबरिया विस्थापन व देह व्यापार की संस्कृति से छुटकारों और निरोधक व उपचारक सेवाओं के बारे में जागरूकता और महिलाओं के सशक्तिकरण व इस बारे में जेण्डर संवेदी सेवाओं की उपलब्धता के बारे में विशेष ध्यान देते हुए यौन संक्रामक रोगों/एड्स आदि पर नियंत्रण के तौर–तरीकों को नई दिशा में मोड़ा जाए।

13. डायबिटीज, कैंसर, ह्रदय रोगों आदि गैर–संक्रामक रोगों के शीघ्र निदान और उपचार के लिए सुविधाएं मुहैया कराई जायें। यह सुविधाएं सबके लिए और स्वास्थ्य व्यवस्था के उचित स्तरों पर उपलब्ध हों।

14. महिला केन्द्रित स्वास्थ्य कार्यक्रम में निम्न शामिल हैं–

- लिंग भेद एवं स्वास्थ्य, काम के बोझ, परिवार में और परिवार के बाहर जीवन परिवेश और लालन–पालन में भेदभाव, महिलाओं के काम से सम्बंधित स्वास्थ्य समस्याओं की रोकथाम और समाधान के लिए कदम और महिलाओं के प्रति हिंसा का रूख जैसे मुद्दों पर सामाजिक परिवर्तन के लिए जागरूकता पैदा कराना।
- संगठित और गैर–संगठित क्षेत्रों में काम करने वाली महिलाओं के लिए पूरी तरह से मातृत्व सुविधाएं और बच्चों के देख–भाल की सुविधाएं।
- अकेली, छोड़ी हुई, विधवाओं और अल्पसंख्यक महिलाओं, जिसमें धार्मिक, जातिगत, शारीरिक सम्बंधों पर अलग विचार रखने वाली महिलाएं और शरीर का व्यापार करने वाली महिलाओं पर केन्द्रित विशेष सहायक व्यवस्था, बांझपन, गर्भपात, मातृत्व सम्बन्धित स्वास्थ्य और सन्तानोत्पत्ति सम्बन्धित स्वास्थ्य से जुड़ी महिलाओं के सेहत के लिए संवेदनशील सुविधाएं।
- जोरदार जन–चेतना प्रचार, जिसमें भ्रूण के लिंग भेद के बाद गर्भपात के साथ–साथ महिला भ्रूण–हत्या, बाल–हत्या और लिंग के पूर्व चुनाव के खिलाफ न्यायिक और प्रशासकीय कार्यक्रम शामिल हों।

15. बच्चों के केन्द्र में स्वास्थ्य कार्यक्रम, जिसमें शामिल है –

- एक समग्र बाल अधिकार कानून, बाल–कल्याण सेवा को सभी तक पहुँचाने के लिए पर्याप्त बजटीय धनराशि का आबंटन।
- एक विस्तृत और संशोधित आई.सी.डी.एस. कार्यक्रम। कामकाजी महिलाओं को अपने बच्चों की देखभाल, खासकर स्तनपान के लिए पर्याप्त सहायता प्रावधान।
- बाल–दुर्व्यवहार, शारीरिक दुर्व्यवहार और बाल–वेश्यावृति को रोकने के लिए विस्तृत उपाय।
- बाल मजदूरी खत्म करने के लिए जरूरी शैक्षिक, आर्थिक और न्यायिक उपाय के साथ–साथ ऐसे बच्चों के लिए मुफ्त अनिवार्य और अच्छी प्राथमिक शिक्षा उपलब्ध कराना।

16. पेशागत और पर्यावरणीय स्वास्थ्य के लिए खास उपाय जो निम्नलिखित चीजों पर केन्द्रित हो–

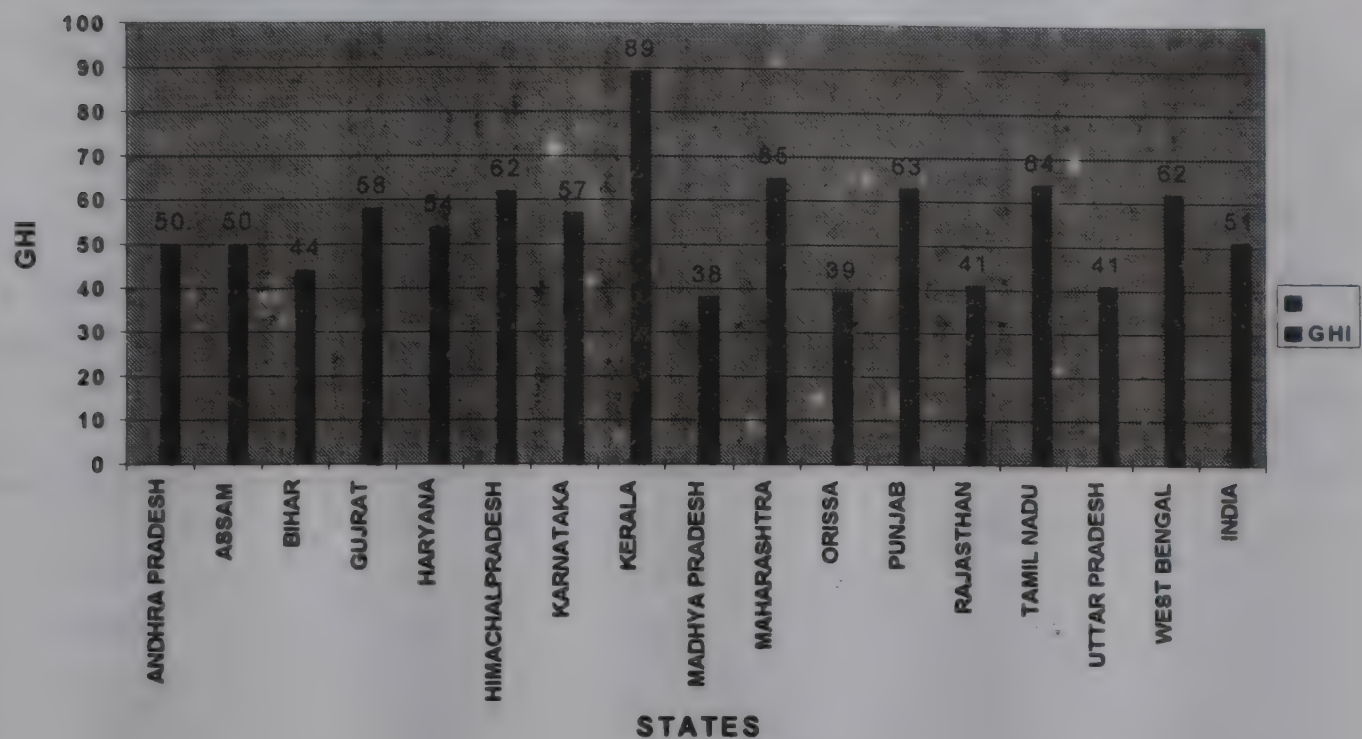
- उद्योग और कृषि में खतरनाक तकनीक पर रोक।
- मैनेजमेंट पर सुरक्षित कार्यक्षेत्र मुहैया कराने की जवाबदेही सुनिश्चत करते हुए काम करने के हालात पर काम करने वालों द्वारा निरीक्षण।
- पेशागत बीमारियों का जल्दी पता लगाने के लिए स्वास्थ्य सेवा।
- ट्रैफिक दुर्घटनाओं, ओद्यौगिक दुर्घटनाओं, खेती के काम में लगने वाले चोट आदि की संभावनाओं में कमी लाने के लिए खास उपाय।

17. भारतीय समाजिक संरचना, जिसके तहत विभिन्न समुदाय, जैसे कि महिलाएं, मानसिक स्वास्थ्य की समस्याओं में जल्दी घिर जाती है, का खास ख्याल मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम में रखना चाहिए। मानसिक स्वास्थ्य बढ़ाने के उपाय, चिकित्सा संबंधी अन्य मॉडलों का उपयोग तथा मानसिक स्वास्थ्य के लिए सामुदायिक सहयोग को बढ़ावा दिया जाना चाहिए। मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं को जल्दी पता लगाने के लिए सेवा और पूरक व्यवस्थाओं को प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा, मानसिक रूप से बीमार लोगों के अधिकार के साथ ही साथ मानसिक रूप से परेशान लोगों की सुरक्षा के साथ जोड़ना चाहिए।

18. बुर्जुगों के स्वास्थ्य को ध्यान में रखते हुए उनकी आर्थिक सुरक्षा, उपयुक्त रोजगार अवसरों की तलाश एवं संवेदनशील सेवाओं को बढ़ावा देना। इसके साथ–साथ जरूरत पड़ने पर बुर्जुगों के लिए आवासीय सुविधा उपलब्ध कराना। इसके अतिरिक्त बेघरों, अप्रवासी मजदूरों के स्वास्थ्य पर भी ध्यान दिया जाय।

19. ऐसे उपाय करना जो कि शारीरिक एवं मानसिक रूप से विकलांग व्यक्तियों की क्षमता पर आधारित हों न कि उनकी कमियों पर, जिसमे कि वे समुदाय से अलग–थलग होने के बजाय समुदाय से जुड़ें। उनको शिक्षा, रोजगार, विशेष स्वास्थ्य व्यवस्था और पुर्नस्थापन कार्यक्रमों के जरिये मुख्य धारा में शामिल किया जाये।

20. ऐसे उद्योगों पर प्रभावी प्रतिबंध लगाये जायें जो व्यसन और सेहत के लिए हानिकारक जीवन शैली को बढ़ावा देते हों, जैसे तम्बाकू, शराब, पान–मसाला आदि। इसकी शुरूआत ऐसी वस्तुओं के प्रचार, स्पॉन्सरशिप और नौजवानों की खरीद पर तत्काल रोक लगा कर करनी चाहिए। इन चीजों की लत छुड़ाने के लिए सेवा मुहैया कराना।

परिशिष्ट – 1

परिशिष्ट – 2

स्वास्थ्य व परिवार कल्याण पर व्यय संरचना

	वर्ष					
	1995–96		1996–97		1997–98	
मद	राशि	%	राशि	%	राशि	%
वेतन	7078.3	71.8	10234.2	76.0	10039.5	77.1
कार्यालय, यात्रा के पी.ओ.एल.	262.9	2.7	317.8	2.4	343.6	2.6
रखरखाव	152.8	1.5	193.8	1.4	215.4	1.7
सामग्री, आपूर्ति दवाईयाँ	457.2	4.6	548.9	4.1	575.6	4.4
उपकरण व मशीनें	132.8	1.3	228.4	1.7	81.4	0.6
वाहन	5.6	0.1	5.0	0.1	20.2	0.2
अनुदान	1058.4	10.7	1135.8	8.4	1056.9	8.1
छात्रवृत्ति	162.6	1.6	168.8	1.3	173.4	1.3
प्रशिक्षण संबंधी	0.3	0.1	0.3	–	0.3	–
अन्य	547.1	5.5	633.6	4.7	510.3	3.9
कुल	9857.9	100	13466.6	100.3	13016.6	100.0

परिशिष्ट – 3

स्वास्थ्य व परिवार कल्याण पर क्षेत्रवार व्यय

	वर्ष					
	1995–96		1996–97		1997–98	
मद	राशि	%	राशि	%	राशि	%
क्षेत्र						
प्राथमिक	4141.8	42.0	5481.9	40.7	5148.3	39.6
द्वितीयक	4091.6	41.5	5858.1	43.5	5760.5	44.3
तृतीयक	1624.5	16.5	2126.6	15.8	2107.8	16.2
कुल	9857.9		13466.6		13016.6	

परिशिष्ट – 4

डायरेक्टरेट रिकॉर्ड के अनुसार उपस्थिति जनशक्ति की स्थिति

श्रेणी	सैक्शन्ड	पोस्टेड	अन्तर
डायरेक्टरेट जनरल	3	10	1
डायरेक्टर	11	10	43
एडिशनल डायरेक्टर	61	18	71
ज्वायंट डायरेक्टर	430	359	222
क्लास – I मेडिकल अफसर	1,981	1,759	222
क्लास –II मेडिकल अफसर	10,313	7,724	2589
दंत सर्जन	367	278	89

परिशिष्ट – 5

खण्ड वार डॉक्टरों का वितरण

खण्ड	सैक्शन्ड विशेषज्ञ	पोस्टेड विशेषज्ञ	सैक्शन्ड नॉन–स्पेशलिस्ट्स	पोस्टेड नॉन–स्पेशलिस्ट्स
1. आजमगढ़	210	99	383	196
2. आगरा	294	206	531	383
3. इलाहाबाद	245	268	628	328
4. बरेली	174	148	142	174
5. बस्ती	144	74	332	174
6. चित्रकूट धाम	106	68	184	33
7. देवी पाठन	65	49	301	155
8. फैजाबाद	161	118	431	302
9. गढ़वाल	259	163	475	302
10. गोरखपुर	131	83	295	190
11. झांसी	146	133	183	108
12. कानपुर	216	176	435	313
13. कुमायूँ	184	140	421	287
14. लखनऊ	248	221	536	355
15. मेरठ	165	160	254	223
16. मिर्जापुर	94	54	161	106
17. मुरादाबाद	157	99	217	124
18. सहारनपुर	211	145	376	272
19. वाराणसी	168	136	450	353
कुल	3,903	2,967	6,190	3,877

परिशिष्ट – 6

खण्ड वार सैक्शन्ड व पोस्टेड पैराचिकित्सकीस कर्मचारी

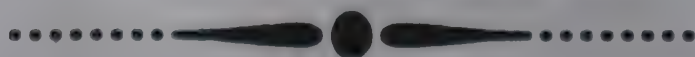
खण्ड	सैक्शन्ड	पोस्टेड*	अन्तर
1. आजमगढ	500	465	35
2. आगरा	1,051	729	321
3. इलाहाबाद	1,032	896	136
4. बरेली	485	367	118
5. बस्ती	316	281	35
6. चित्रकूट धाम	342	262	80
7. देवी पाठन	500	416	84
8. फैजाबाद	648	563	85
9. गढ़वाल	690	492	198
10. गोरखपुर	349	324	25
11. झांसी	440	307	133
12. कानपुर	893	753	140
13. कुमायूँ	941	745	196
14. लखनऊ	316	259	57
15. मेरठ	434	330	104
16. मिर्जापुर	339	214	125
17. मुरादाबाद	530	367	163
18. सहारनपुर	697	473	224
19. वाराणसी	799	636	163
कुल	11,302	8,889	2,413

* कुल 8,889 पैराचिकित्सकीय कर्मचारियों में से 44 के पास अनिवार्य योग्यता नहीं है।

(परिशिष्ट 2–6 स्रोत : स्वास्थ्य समीक्षा, स्तास्थ्य व परिवार कल्याण डायरेक्टरेट, उ0प्र0)

REFERENCES

- Basu, Pattanaik ,Suzumura:"Choice, Welfare & Development": Oxford University Press, New Delhi.
- Chhabra R. & Nuha, S.C.1991, "Abortion In India: An Overview"; Ford Foundation : N. Delhi.
- Dasgupta M, Chen L.C & Krishnan T.N 1995; "Women's Health In India: Risk And Vulnerability", OXFORD: Bombay.
- Davar, B.V 1999; "Mental Health Of Indian Women", Sage: N.Delhi.
- Department of Health & Family Planning 2000, Uttar Pradesh Population Policy GOUP: U.P.
- Dreze J, Sen A & Hussain : "The Political Economy of Hunger": Oxford University Press, New Delhi.
- Dreze J, Sen A: "Hunger and Public Action" : Oxford University Press, New Delhi.
- GOI,Research, Dev.& Training Division : " India 2001" Publication Dvn, New Delhi.
- GOI: "Economic Survey 2000-2001". Publication Dvn, New Delhi.
- Gopalan, Dr. S.R Shiva, Dr. M (Ed) 2000:"National Profile On Women Health And Development." VHAI and Development." VHAI & WHO: N.Delhi.
- International Institute Of Population And Sciences, 1995, NFHS-1 (1992-1993); IIPS: Bombay.
- International Institute Of Population Sciences & ORC Macro 2000, National Family Health Survey; (NFHS-2),1998-1990, IIPS: Mumbai.Journal: Health Monitor:98.
- Jeffery & Jeffery, 1996; "Don't Marry Me To A Ploughman." Vistar Publication: N. Delhi
- Jeffery, Jeffery & Lyon. 1989. "Labour Pains And Labour Power. Women And Child Bearing In India." Manohar: N.Delhi.
- Jejeebhoy S.J, 1996; "Adolescent Sexual And Reproductive Behaviour: A Review Of The Evidence From India" ; ICRW working paper no. 3 December 1996.
- Mukhopadhyay, A (Ed) 1997. Report of The Independent Commission Of Health In India. VHAI : N.Delhi
- Muknopadhyay, S; Gandhi, P.T and Savithri R, 1998; "Poverty, Gender Inequality And Reproductive Choice, Some Findings From Household Surveys In U.P.", in "Women's Health, Public Policy And Community Action", Manohar: N.Delhi
- NWG, PHA: "Making Life Worth Living": Peoples Health Assembly, c/o Bharat Gyan Vigyan Samiti, New Delhi.
- NWG, PHA: "What Globalisation Does to Peoples Health": Peoples Health Assembly, c/o Bharat Gyan Vigyan Samiti, New Delhi.

- NWG, PHA: "What Globalisation Does to Peoples Health: Peoples Health Assembly, c/o Bharat Gyan Vigyan Samiti, New Delhi.
- NWG, PHA: "Whatever Happened to Health For All by 2000 AD? ": Peoples Health Assembly, c/o Bharat Gyan Vigyan Samiti, New Delhi.
- NWG, PHA: A World Where we Matter": Peoples Health Assembly, c/o Bharat Gyan Vigyan Samiti, New Delhi.
- NWG, PHA: Confronting Commercialisation of Health Care": Peoples Health Assembly, c/o Bharat Gyan Vigyan Samiti, New Delhi.
- Pant, Niranjan, Dr: "Children & Women in U.P, A Situation Analysis" : Uncef, Lucknow.
- Parikh, Kirti: "India Development Report: 1999-2000": Oxford University Press, New Delhi.
- Premi M.K. 1994; Family Planning And MCH in UP (A Review Study), India Association For The Study Of Population And The Population Council: New Delhi.
- Satyamala.C, Nirmala Sundaram & Nalini Bhatt: "Taking Sides", 1996. Women Writers Workshop, New Delhi.
- Sen A : "On Economic Inequality" : Oxford University Press, New Delhi.
- Shankar P. Uma, 1999; "Control Of Malnutrition In Women And Children In U.P: An Urgent Task Ahead; Directorate of Women & Child Development-Government Of India.
- Shariff, Abusaleh, NCAER & UN: "India Human Development Report", Oxford University Press, New Delhi.
- Singh Prof. A.K et al 1995, "Situational Analysis Of Family Welfare Pro gramme In U.P: Agra District: Final Report": Council For Social Development And The Population Council, New Delhi.
- Swaminathan, Madura: Public Distribution System in India: Left word, New New Delhi.
- The Alternarive Survey Group: " The Indian Economy 1999-2000": Delhi Science Forum, New Delhi.
- Thukral, RK: " U.P at a Glance-1998": Jagran Research Centre, Kanpur.
- Thukral, RK: "India at a Glance-1998": Jagran Research Centre, Kanpur.
- Thukral, RK: "Kerala At a Glance-1998": Jagran Research Centre, Kanpur.
- Tuladhar, J.M, Sridhar V.S, Gupta R.B, Mukherjee T, 1998; "Agra District:
- Follow Up Household Survey", Asia And Near East Operations Research And Technical Assistance Project.

जन स्वास्थ्य अभियान "हम सबकी साझेदारी"

1 ज्ञान विज्ञान समिति कुशीनगर, बाराबंकी, लखनऊ, सुल्तानपुर, हमीरपुर, अलीगढ़, मेरठ, मुरादाबाद, अल्मोड़ा, चमोली, देहरादून, नैनीताल, पौढ़ी, आगरा।
2 ज्योति हैल्थ सेण्टर, सीतापुर।
3 आनन्द भवन, बाराबंकी।
4 जीवन ज्योति हैल्थ सेण्टर, लखनऊ।
5 आधारशिला, लखनऊ ।
6 यू0पी0वालेंटरी हेलथ एसोसियेशन,लखनऊ एवं देहरादून।
7 इण्डियन ड्रग्स एण्ड फार्मास्यूटिकल लि0 वर्कर्स, वीरभ्रद, ऋषिकेश।
8 घनश्याम स्मृति शिक्षा एवं कल्याण संस्थान, देहरादून।
9 अमल आश्रम, गोपश्वर।
10 हिमाद, चमोली।
11 हिमालय जन कल्याण समिति, चमोली।
12 नन्दादेवी महिला लोक विकास समिति, चमोली।
13 किसान सभा, चमोली।
14 जनवादी महिला समिति, सुल्तानपुर।
15 माध्यमिक शिक्षक संघ, सुल्तानपुर।
16 उ0प्र0 मेडिकल सेल्स रिप्रेजेन्टेटिव एसोसिएशन, सुल्तानपुर।
17 करूणालय, सुल्तानपुर।
18 जनवादी महिला समिति, मुरादाबाद।
19 नौजवान सभा, मुरादाबाद।
20 बार एसोसियेशन, मुरादाबाद।
21 मजदूर सभा, मुरादाबाद।
22 झुग्गी–झोपड़ी एसोसिएशन, मुरादाबाद।
23 भीम दर्शन विचार केन्द्र, मुरादाबाद।
24 भारतीय बौद्ध महासभा, मुरादाबाद।
25 जनवादी लेखक संघ, मुरादाबाद।
26 नेचर वॉच, मुरादाबाद।
27 मैथोडिस चर्च, मुरादाबाद।
28 जनता सेवक समाज, मुरादाबाद।

29 गाँधी लोहिया समता केन्द्र, मुरादाबाद।
30 शैक्षिक चेतना समिति, अल्मोड़ा।
31 संजीवनी, अल्मोड़ा।
32 शुद्धि, अल्मोड़ा।
33 चिया, अल्मोड़ा।
34 वैरी, अल्मोड़ा।
35 जनवादी लेखक संघ, अलीगढ़।
36 प्रौढ़ एवं सतत् शिक्षा एवं विस्तार विभाग अलीगढ़, मुस्लिम विश्वविद्यालय।
37 करूणा सोशल सर्विस सोसायटी, कोटद्वार।
38 नवयुग युवा समाज कल्याण संस्थान, सुल्तानपुर।
39 वनांगना, चित्रकूट।
40 आशा, लखनऊ।
41 कृति संदर्भ केन्द्र, लखनऊ।
42 उ0प्र0 महिला फेडरेशन।
43 जनान्दोलनों का राष्ट्रीय समन्वय(एन.ए.पी.एम.)।
44 मिल्ली फाउन्डेशन।
45 उ0प्र0 बाल कल्याण परिषद (यू.पी.सी.सी.डबलू.)।
46 हैल्थवॉच उ0प्र0–बिहार, लखनऊ
47 अन्य इनके सहयोगी/सदस्य संगठन।

जन स्वास्थ्य अभियान, उत्तर प्रदेश की ओर से महासंयोजक वी.आर.रामन द्वारा लखनऊ से मुद्रित, प्रकाशित एवं प्रसारित।
सीमित वितरण हेतु सहयोग राशि - 50 रूपये मात्र